ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Г.В. Залевский

ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ



Министерство образования и науки РФ
Томский государственный университет

Г.В. ЗАЛЕВСКИЙ

ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ

Рекомендовано
Советом по психологии Учебно-методического объединения
по классическому университетскому образованию
в качестве учебного пособия для студентов высших учебных завеоений,
обучающихся по направлению и специальностям психологии

Томск
2010

УДК 159.9(075.8)
ББК 88.4Я73
З 23

Залевский Г.В.

З 23 Введение в клиническую психологию: Учеб. пособие для студентов вузов. – Томск: ТМЛ-Пресс, 2010. – 224 с.

ISBN 5-91302-113-4

В книге рассматриваются вопросы, относящиеся к теоретико-методологическим основаниям всех разделов клинической психологии: определение объектов и предмета клинической психологии, история ее развития, проблемы нормы и патологии, здоровья и болезни (расстройства), обобщенные и конкретные клинико-психологические парадигмы (модели, программы) современной клинической психологии, ее структура, роль психологической супервизии в подготовке и повышении квалификации клинических психологов.

Для студентов, аспирантов, преподавателей и практических психологов, интересующихся проблемами клинической психологии в норме (психологии здоровья) и патологии (расстройства здоровья).

УДК 159.9(075.8)
ББК 88.4Я73

Рецензенты:
д-р психол. наук, профессор, зам. директора по научной работе
Института коррекционной педагогики РАО *И.А. Коробейников*;
д-р психол. наук, профессор, зав. кафедрой нейро- и патопсихологии
факультета психологии МГУ *А.Ш. Тхостов*

ISBN 5 91302 113 04

Посвящается
Михаилу Семеновичу Роговину

ПРЕДИСЛОВИЕ

Чуть более 50 лет назад Г.Ю. Айзенк, основоположник английской клинической психологии, писал, что человек, который называет себя клиническим психологом, может быть одной из знаменитостей, высококвалифицированным специалистом с университетским образованием, 20 или 30 годами практического опыта в сфере диагностического тестирования, исследования и терапии или «зеленым» выпускником университета без какого-либо опыта, способным измерять уровень интеллекта с помощью тестов А. Бине, без должного понимания их значения относительно клинических проблем [цит. по: Watson, 1953. P. 321]. О том, какой он, вернее, каким должен быть сегодня клинический психолог, что представляет собой современная клиническая психология (прежде всего, отечественная), идет речь в данном учебном пособии.

Приходится констатировать, что современная жизнь заострила потребность в организации масштабной и активной психологической помощи всем слоям населения. Растет число лиц, страдающих разными недугами – психическими, невротическими, психосоматическими, нуждающихся в психологической помощи в силу своей социальной, профессиональной, бытовой неустроенности и бесперспективности. Их число пополняется и за счет армии перемещенных лиц, беженцев, участников военных действий и т.д. А это означает, что растет потребность в клинических психологах.

Клиническая психология – довольно молодая психологическая специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплексных задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению. В развитых странах клинические психологи составляют основной отряд психологов.

В рамках системы здравоохранения клинические психологи участвуют в решении широкого круга задач, работая во всех типах лечебно-профилактических учреждений, начиная с психиатрических и наркологических, затем онкологических, кардиологических, хирургических до стоматологических, где помощь психолога требуется в связи с «устрашающим» эффектом врачебного кабинета.

Клинические психологи участвуют в решении проблем охраны психического здоровья подрастающего поколения, работая в детских дошкольных заведениях, общеобразовательных школах, в системе начального, среднего и высшего профессионального образования, в детских и молодежных санаториях-профилакториях, интернатах для детей с задержкой и недоразвитием психики, центрах лечебной и коррекционной педагогики, в службах семьи и детства и т.д.

Все более активно эти специалисты привлекаются для работы в службах социальной защиты населения, в центрах занятости, службах по подбору кадров, учреждениях социальной помощи населению, службах планирования семьи и генетических консультациях, центрах психологической помощи жертвам насилия, социальных, стихийных и природных катаклизмов, в службах кризисных состояний и т.д.

Потребность населения в помощи со стороны клинических психологов ярко выражается в массовых обращениях к экстрасенсам, колдунам, магам и пр.

Сегодня клиническая психология представляет собой иллюстрацию известной мысли о том, что предыдущие поколения (в данном случае психологов) оставляют немало нерешенных проблем для поколений последующих. И все эти проблемы, несомненно, актуальны и требуют осмысления и решения (Залевский, 1999, 2005, 2008). Поэтому, на мой взгляд, остается справедливым мнение Э. Кречмера, высказанное еще в 20-е гг. XX столетия: «Обычно в учебниках стараются излагать по возможности только твердо установленный, стоящий вне всяких споров материал какой-либо науки. Для медицинской психологии это было бы невозможным требованием, так как она является еще молодой наукой, переживающей живой процесс созидания, наукой, которая еще в слабой степени обладает общепризнанными учениями» (1998. С. 3).

Цель курса «Введение в клиническую психологию»: сформировать представление об объектном поле и предмете клинической пси-

хологии, определяющих ее структуру, специфику и категориальный аппарат как теоретико-прикладной области научной психологии.

Задачи курса:

1. Ознакомление с историей возникновения, современным состоянием и перспективами развития клинической психологии.

2. Формирование представлений об отношениях клинической психологии к психологии и медицине, а также о специфике позиции клинического психолога, его функциях и сферах деятельности, т.е. клинической психологии как профессии.

3. Формирование представлений о научных критериях нормы и патологии, здоровья и болезни (расстройства), научных парадигмах и конкретных моделях здоровья и болезни (расстройства).

4. Формирование представлений о правовых вопросах и этических принципах деятельности клинического психолога, главным из которых, как и во времена Гиппократа, остается принцип «не навредить».

5. Ознакомление с ролью психологической супервизии в контексте повышения квалификации и профилактики профессионального эмоционального выгорания и профессиональной деформации клинического психолога и его клиентов.

Требования к уровню освоения курса: в результате освоения учебного курса учащиеся должны получить достаточные для последующего освоения разделов клинической психологии, ее задач и методов исторические, предметные и методологические знания.

Тема 1. ОБЪЕКТНОЕ ПОЛЕ И ПРЕДМЕТ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Primum non nocere.

1.1. Дефиниции клинической психологии

Сегодня клиническая психология определяется либо слишком широко (тогда теряется из вида ее предмет вообще, например, синонимируясь с психопатологией), либо слишком узко, исходя из определенных конкретных критериев, например институционального, функционального, предметного и др. Поэтому вопрос об адекватном определении понятия «клиническая психология» представляется достаточно существенным.

Определение «клиническая», которое происходит от греческого «klinein» (склоняться, подходить, опираться), а также от «klinikos» (лежащий в постели), в связи с психологией нередко приводит к недоразумениям. В общем словоупотреблении понятие «клинический» часто резервируют за феноменами, которые встречаются в стационарных учреждениях или делают необходимым стационарное лечение. В случае клинической психологии это слово-определение относится, однако, не к учреждению, а к потребности человека в консультации и психотерапии, которые, как правило, предваряются и сопровождаются психодиагностикой. Клинические психологи заняты вообще психологической помощью людям, в этом нуждающимся, вне зависимости от учреждений, в которых эта помощь оказывается. «Клиническая психология, черпая в лабораторных исследованиях ценные сведения, наблюдает за самой психологической жизнью, рассматриваемой как конкретное и реальное целое» (Прево, 2005. С. 31). В этом суть использования предложенного П. Жане и развитого его учеником Ж. Пиаже «клинического метода» – познание личности в ее единственности и единстве[1].

[1] П. Жане 1 300 страниц своей работы «От тревоги к экстазу» (Париж, 1926–1928) посвятил изучению только одного случая – пациентки по имени Мадлен.

Л. Понграц (Pongratz, 1973) на основании широкого реферирования соответствующей литературы говорит о существовании определений клинической психологии с позиции институционального (учрежденческого) критерия: клиническая психология является тем, что психологическая наука может предложить клинике, т.е. как и где психолог, вооруженный своей профессией, может клиническую работу обогатить, расширить и углубить. Он же выделил дефиниции, исходящие из функционального и научного критериев.

Согласно функциональному критерию о клинической психологии можно говорить, когда в исследовании и практике для диагностики, терапии, профилактики расстройств поведения и переживания находят применение психологические, т.е. разработанные в рамках психологии, и проверенные методы. В основе этого понимания лежит тезис, что такого рода нарушения не есть болезни в медицинском смысле, они являются следствием неправильного развития (Fehlentwicklung). Что касается критерия научности, то, согласно Понграцу, клинической психологии следует ориентироваться в своем предмете, исследовательских методах, теории и результатах на научную психологию.

А.Б. Холмогорова считает, что на сегодняшний день адекватным состоянию отечественных и западных исследований и практики представляется определение клинической психологии «как части психологической науки, которая использует концептуальный аппарат психологии, изучает психологические нарушения при психических и соматических расстройствах, а также отклонениях развития (включая проявления, динамику, психологические и нейропсихологические факторы и механизмы этих нарушений), разрабатывает принципы и методы психологической диагностики, профилактики и помощи при различных нарушениях психики, при этом клиническая психология опирается на психологические знания о нормальном развитии и функционировании психики» (2003. С. 80–91).

В то же время есть основание считать это определение не исчерпывающим, как и определение Р. Бастине (Bastine, 1998. С. 17–24), который придерживается мнения, что клиническая психология занимается психическими расстройствами, психологическими аспектами соматических расстройств или болезней, а также психическими кризисами, которые обусловлены особыми жизненными обстоятельства-

ми. Как психологическая дисциплина она основывается преимущественно на данных, теории, методологии и методах психологии и ее частных дисциплин. Ее задачей является клинико-психологические феномены описывать, объяснять и классифицировать (патопсихология), выявлять (психодиагностика), их появление предупреждать или устранять (профилактика и интервенция) и их связь с экологическими, социокультурными, институциональными рамочными условиями выявлять и оказывать на них влияние (контекстные условия).

Как психологическая дисциплина клиническая психология подходит к своим феноменам с психологической перспективой, особенно дифференцированно разрабатывает именно этот аспект. Поэтому совершенно осознанно выбирается психологический подход без акцента на вопрос об основополагающем ограничении психологических, социальных и биологических условий. Социальные и биологические факторы подразумеваются в качестве контекстных условий или ковариаций психологических процессов и как таковые учитываются. Это означает также, что состояния, расстройства, болезни или кризисы вскрываются на основе данных о психической норме, поэтому сильнее подчеркиваются взаимовлияние и переходы к психической патологии. Через эти подобия и отношения между нормальным и анормальным поведением выдвигаются на первый план «здоровое» и «больное» поведение, которые резко друг от друга не отделяются. И, наконец, берутся во внимание и такие феномены, которые обычно находятся в пограничных областях между «нормальным» и «аномальным».

Психологические дисциплины часто подразделяют на фундаментальные и прикладные, при этом клиническая психология нередко рассматривается лишь как прикладная дисциплина. Однако научно-теоретические дискуссии показали, что подразделение наук на прикладные и фундаментальные во многом произвольно, так как первые не могут не касаться также и фундаментальных вопросов, а вторые – не способствовать решению прикладных проблем. Точно так же обстоит дело и с клинической психологией, перед которой стоят задачи основополагающей (теоретической) и прикладной наук. Примером основополагающего научного вопроса может быть вопрос об объяснении возникновения (клинических) страхов. Вопрос же о том, как от страха избавляться, может рассматриваться как «технологичес-

кая» его постановка. С точки зрения представителей теории науки, клиническая психология есть эмпирико-научная дисциплина, в которой эксперименту придается особое значение (Зейгарник, 1999). Несмотря на это, среди практиков такого единодушия нет, поскольку значительное число практикующих клинических психологов (в последние годы и отечественных) используют в своей работе методы глубинной психологии или гуманистической психотерапии и на этом основании считают себя приверженцами «понимающего» подхода (феноменологическое, герменевтическое понимание науки), а к эмпирической психологии относятся критически. Эту тенденцию можно обозначить как движение в сторону «циклопной психологии» (Залевский, 2005, 2006).

1.2. Объектное поле и предмет клинической психологии

Исходя из приведенных выше определений клинической психологии, можно сделать вывод о сложности определения самого ее предмета. Однако эта сложность обусловлена, на мой взгляд, прежде всего тем, что не разведены понятия предмета и объекта (объектного поля) клинической психологии.

Так, Ж. Перре и В. Бауман считают, что предметы клинической психологии и психиатрии в современном их понимании очень близки: «Предметом научных исследований как клинической психологии, так и психиатрии являются психические расстройства. Таким образом, можно сказать, что в этом отношении клиническая психология и психиатрия мало различаются, даже если учесть по-разному расставленные акценты в их подходе к предмету исследования» (2002. С. 36). С таким пониманием фактически солидаризуется А.Б. Холмогорова, когда пишет, что, «в конце концов, это (развитие клинической психологии. – *Г.З.*) привело к все большему смыканию клинической психологии с такими пограничными областями, как психиатрия и психотерапия» (2003. С. 81).

В таблице приводится «предметная триада клинической психологии», как она видится автору известного немецкого руководства по клинической психологии Р. Бастине (Bastine, 1998. С. 18).

Предметная триада клинической психологии

Предметные области	Примеры
1. Психические расстройства	Страхи Навязчивости Шизофрения Аффективные расстройства Расстройства личности и поведения
2. Психологические аспекты соматических заболеваний	Нарушения зрения, слуха и речи Инфекции и СПИД Параличи Коронарные сердечные заболевания Онкозаболевания
3. Психические кризисы	Расстройства адаптации Острые травматические расстройства Посттравматические расстройства

Я считаю, что, во-первых, Бастине смешивает объект клинической психологии с предметом; во-вторых, скорее, говорит об объектном поле клинической психологии; в-третьих, представляет далеко не все объекты этого поля. На мой взгляд, психические расстройства, психосоматические расстройства, психические кризисы – это, скорее, объекты в поле интересов клинической психологии, которые она разделяет с другими дисциплинами и, прежде всего, с психиатрией. Иначе говоря, предмет научных и практических интересов в каждой из заинтересованных в этих объектах научных дисциплин разный, а следовательно, отличается и методический аппарат. Если и происходит заметное в последние годы сближение между, например, психиатрией и клинической психологией (Перре, Бауманн, 2000; А.Б. Холмогорова, 2003), то исключительно в силу возрастающего понимания того, что их объединяет и что разъединяет, когда они работают с одним объектом, например с психическим расстройством, в рамках одной и той же его модели – биопсихосоциальной (Engel, 1979, 1980; Незнанов и др., 2007) или биопсихосоционоэтической (Залевский, 2005), о которых речь будет идти ниже.

Объектное поле клинической психологии значительно шире. В нем следует выделить и такие объекты, как «нормативные кризисы (возрастные, плановая беременность)», «латентные ненормативные кри-

зисы», возникающие в определенных жизненных ситуациях (потеря работы, внеплановая беременность, предэкзаменационные ситуации и ситуации предполагаемого пребывания в специфических условиях с риском для жизни – «горячие точки»), а также группы «риска» – практически здоровые люди, ведущие нездоровый образ (стиль) жизни (вредные привычки, нарушения режима жизни, перегрузки трудового или учебного характера, специфическая профессиональная деятельность и т.д.). Иначе говоря, во всех указанных случаях действуют «факторы, которые влияют на состояние здоровья и ведут к необходимости обращения в службы здоровья»: Z 00 – Z 91.5 (см. Раздел в МКБ-10. Ч. XXI).

Во всех указанных объектах для клинической психологии предметом могут являться «психологические аспекты», о которых упоминает Бастине, говоря лишь об одной составляющей «предметной триады» – психосоматических расстройствах (Урванцев, 1998; Абрамова, Юдчиц, 1998). Однако «психологические аспекты» имеют место и в случае «психических расстройств», и во всех других объектах, выделяемых Р. Бастине и другими авторами. В то же время психологические аспекты – это метапредмет клинической психологии, который должен быть конкретизирован в каждом объекте с учетом его специфики. И спектр этих конкретизаций может быть очень большим, например от «внутренней картины болезни» до «внутренней картины здоровья». В связи со сказанным выше в объектном поле клинической психологии размещается и такой объект, как «практически здоровые люди», перед которыми стоит задача развития и укрепления своего здоровья через усиление здорового образа (стиля) жизни. Это объект, в котором очень сильно заинтересована та часть клинической психологии, которая может быть обозначена как психология здоровья или, как ее в свое время ориентировал П. Жане, «клиническая психология нормы» (цит. по: Клод-М. Прево, 2005. С. 33).

1.3. Отношение клинической психологии к психологии и медицине

Из анализа отношений клинической психологии к психологии и медицине следуют ее самопонимание и самоопределение.

Клиническая психология как область психологии. Клиническая психология является, несомненно, одной из известных областей психологии (наряду с социальной, педагогической психологией, психологией развития и др.), а потому совершенно естественна ее с ними органическая связь. Как для любой области психологии, так и для клинической психологии общая психология выступает базисом, из которого она черпает теории, методы, категориальный аппарат. Клиническая психология сможет и дальше вносить свой вклад в развитие психопатологии (психиатрии) лишь потому, что она опиралась и опирается на психологическую науку. И подготовка клинического психолога должна осуществляться на широкой гуманитарной и общепсихологической основе, ориентированной на овладение им системой предметного, исторического и методологического знания. Потеря этой основы может привести к тому, что клинический психолог потеряет свою значимость как специфический и необходимый партнер врача. Чем бы конкретно в своей практике ни занимался клинический психолог – научные исследования, психодиагностика, консультирование больных, терапия, профилактика и реабилитация, повышение квалификации врачебного персонала – в любом случае он должен применять знания и методы, накопленные психологической наукой и практикой.

Однако клиническая психология в ее отношениях с психологической наукой является не только берущей, но и дающей или возвращающей ее частью, на что убедительно указывает Б.В. Зейгарник, говоря о значении патопсихологических исследований для многих вопросов общей психологии (1999. С. 196–199). Например, один из них касается роли личностного компонента в структуре познавательной деятельности. При анализе различных форм нарушений психической деятельности показана роль мотивационного (личностного) фактора и особенность его включенности в характеристику строения всех психических процессов.

Особенно четко выступает мотивационный компонент в строении нарушенного мышления. Такие расстройства мышления, как *разноплановость*, тенденция к актуализации неупроченных в прошлом опыте свойств и связей, являются выражением изменения его мотивационного компонента. Экспериментально-психологические исследования выявили, что при разных нарушениях мотивационной сферы выступают различные формы нарушенного мышления. Иначе говоря,

фактором, ответственным за многие нарушения познавательной деятельности, является *мотивационная смещенность* больных. Этот факт имеет принципиальное значение: он доказывает, что все психические процессы являются по-разному оформленными видами деятельности, опосредованными, личностно-мотивированными.

Вторым вопросом общетеоретического значения, для разрешения которого кажется целесообразным привлечение патологического материала, является вопрос о соотношении биологического и психологического в развитии человека, а потому оказывается полезным привлечение в качестве объекта изучения разных форм аномалии.

Разумеется, частные и специальные разделы клинической психологии (клиническая нейропсихология, психосоматология и т.д.) возвращают общей психологии многое из своих наработок, поскольку «патологическое часто открывает нам, разлагая и упрощая, то, что заслонено от нас, слитое и усложненное, в физиологической норме» (Павлов, 1951. С. 317).

В этом смысле высказывались и известные психологи, и психиатры. Так, Т. Рибо считал, что болезнь – тонкое орудие анализа; она производит для нас опыты, никаким другим путем не осуществимые. Необходимость использования возможностей клинической психологии, согласно мнению А.Ф. Лазурского, в том, что она позволяет рассматривать душевные свойства человека как бы сквозь увеличительное стекло.

Более широко эта мысль высказана еще 200 лет назад Гарвеем: нигде так ясно не открываются тайны природы, как там, где она отклоняется от проторенных дорог. Ибо давно известно, что полезность и значение любой вещи мы осознаем лишь тогда, когда мы ее лишаемся или когда она выходит из строя.

Клиническая психология и медицина (психиатрия). В восьмидесятых годах прошлого столетия психиатры Эмиль Крепелин и Сергей Сергеевич Корсаков прошли обучение в только что открытой Вильгельмом Вундтом первой в мире экспериментально-психологической лаборатории и затем пытались всю свою дальнейшую профессиональную жизнь экспериментально-психологически объективировать психопатологические явления. Отстаивая ныне принятый психологический критерий невменяемости, В.Х. Кандинский в самом начале своей мотивировки поместил следующий абзац: «Отношение психи-

атрии к психологии. Психология есть наука о душе вообще; психиатрия есть наука о душевном расстройстве. Выводы психиатров к здоровой душе неприложимы. Общие выводы научной психологии для психиатрии обязательны, ибо душа, расстроившись, не перестает быть душою. Рациональная психиатрия неизбежно имеет в своей основе психологию» (1890). С.С. Корсаков, начиная курс лекций по психиатрии в Московском университете, обычно говорил: «Для того чтобы узнать, что бывает у человека больного, мы должны изучать, что бывает у человека здорового, познакомиться с нормальным проявлением душевной жизни» (1901). И вообще С.С. Корсаков, как известно, курс психиатрии начинал читать с краткого курса психологии, подчеркивая значение психологии для образования будущих психиатров.

В связи с этим Э. Кречмер писал, что «пробел, который ощущает в своем профессиональном образовании медик, стоящий несколько выше в духовном отношении, двоякого рода. Он нуждается в психологии, которая возникла бы из врачебной практики и была бы предназначена для практических задач врачебной профессии. Это – самое главное. За этими пределами у врача возникает стремление к психологии чаще всего из смутно ощущаемой потребности вырваться из четырех стен узкой профессиональной специализации и получить возможность бросить взгляд на более широкие духовные области познания, этических и эстетических проблем, развития народной жизни – и притом сделать это в такой форме, чтобы его медико-естественно-научный круг мыслей органически связался в одно целое с духовно-научным горизонтом» (Кречмер, 1998. С. 6).

Благодаря значительному вкладу выдающихся психиатров в развитие клинической психологии, некоторые авторы и сегодня считают ее «психиатрической клинической психологией» (Helm u.a., 1976), ориентированной главным образом на лучшую диагностику, терапию и изучение психических расстройств. Несомненным фактом является то, что применение психологических методов в психиатрической клинике сделало возможным более объективное изучение нарушенных сфер личности, чем только субъективное описание. Поддающиеся сравнению психометрические данные, полученные разными исследователями, создают сегодня основу диагностической идентификации отдельного случая для контроля эффекта психофармакологической и психо-

терапевтической терапии, для исследования психопатологических явлений в сравнении с нормальным их развитием. «Конечная цель должна состоять в построении психопатологии как части психологии, которая рассматривает психическое поведение в его социальной связи как новый вид и как ценностно новое качество. А потому человек не будет рассматриваться как с позиции экзистенциальной, антропологической и чисто биологической, как только продукт действующих на него условий, но его собственные способности развития и принятия решений окажутся в центре изучения» (Helm u.a., 1976. P. 25).

И сегодня можно говорить о принципиальных различиях ментальности психологов и медиков, об определенном «биологоцентрическом» взгляде последних на больного. У них разные профессиональные установки, ценностные ориентации, особенности восприятия профессионально значимых объектов, неодинаковое видение мира (Урванцев, 1998. С. 5) и разные профессиональные позиции (Лидерс, 1996). С. Гроф пишет, что указанные различия заметны даже в отношении психологов и психиатров: «В результате механического применения медицинского мышления все нарушения, с которыми имеет дело психиатр, рассматриваются как болезни, этиология которых, в конце концов, будет найдена в форме анатомических, физиологических или биохимических отклонений от нормы» (1992. С. 230).

Понятия «медицинская психология» и «клиническая психология» у нас в стране нередко отождествляются. Однако следует отметить, что в других странах эти понятия различаются. Во многих государствах Западной Европы медицинская психология была (и в известной степени остается) формой психологии, разрабатываемой преимущественно врачами, а клиническая психология представлена дипломированными психологами. Впрочем, до сих пор существует изрядная неразбериха в толковании понятий «медицинская психология», «клиническая психология», «патопсихология». Заметим, что врач и психолог не должны дублировать друг друга: «У каждого из них свои задачи, хотя направленные к единой цели – максимально возможному улучшению здоровья и благополучия больного» (Кабанов, Личко и др., 1983. С. 9–14).

Чтобы избежать недоразумений, я склонен считать более емким понятие «медицинская психология», толкование которого охватывает клиническую психологию как профессию и некоторую сумму психоло-

гических знаний как необходимую составляющую профессиональной подготовки медицинского персонала, объем которой может варьировать в зависимости от того, идет ли речь о психологической культуре врача общесоматической сети, врача-психиатра или врача-психотерапевта. Во всех этих случаях речь не идет о том, чтобы медработник, прежде всего врач, автоматически становился профессиональным клиническим психологом, как не становится автоматически врачом клинический психолог, овладевающий в процессе дипломной и постдипломной подготовки (например, психотерапевтической) необходимой суммой биологических знаний. Наверное, правильно было бы толковать клиническую (медицинскую) психологию не только как метод, она является «культурой», как сказано в манифесте выходящего в 1897–1901 гг. «Журнала клинической и лечебной психологии» (цит. по: Клод-М. Прево, 2005. С. 33).

Тема 2. КРАТКАЯ ИСТОРИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

2.1. Введение

Можно считать, что точкой отсчета зарождения клинической психологии является известный призыв Гиппократа *лечить не болезнь, но больного.* Но от призыва Гиппократа и до действительного зарождения клинической психологии как интегральной части остального поля психологии прошло немало веков. Первым трудом по клинической (медицинской) психологии можно, видимо, считать книгу «Медицинская психология» Р. Лотце (Lotze), вышедшую в 1852 г. в Германии. Термин «клиническая психология» в той же Германии вошел в научный и практический обиход фактически 100 лет спустя с выходом в свет книги «Клиническая психология» (Hellpach, 1946), в которой речь идет о психологии соматической медицины. В США термин «клиническая психология» принят специалистами пятьюдесятью годами раньше в связи с открытием Л. Уитмером психологической клиники (1896 г.), основанием им журнала «Psychological Clinic» («Психологическая клиника», 1907) и выходом в свет статьи «Clinical Psychology» («Клиническая психология»). Правда, термин «клиническая психология» Уитмер уже раньше использовал при выступлениях перед коллегами по Пенсильванскому университету и Американской психологической ассоциации.

Некоторые авторы (Р. Бастине и др.) считают, что помимо Уитмера у истоков клинической психологии стояли Э. Крепелин и З. Фрейд. Они же называют Уитмера основателем, а Крепелина – отцом клинической психологии. Есть и другая точка зрения (Сироткина, 2004): основоположниками клинической психологии были французские психиатры и психологи; ее идеологию разработали Т. Рибо и И. Тэн, а эмпирическими исследованиями занимались парижский невропатолог

Ж.-М. Шарко и его последователи А. Бине, П. Жане, Ш. Рише и другие. Того же мнения и Клод-М. Прево (2005): «Пьер Жане, который работал в клинике Сальпетриери, уже применял этот термин («клиническая психология». – *Г.З.*), в частности, в начале II тома книги «Неврозы и навязчивые идеи», датированной 1897 г., которая должна была выйти в 1898 г. в следующей форме: «Исследование экспериментальной психологии в приложении к медицине, исследования в клинической психологии» (С. 27). В 1901 г. Валентен написал для «Журнала клинической и лечебной психологии» («Revue de psychologie clinique et therapeutique») статью под названием «Область клинической и терапевтической психологии», в которой отметил: «Каждую минуту мы соприкасаемся с нормальной психологией, и, если не ошибаюсь, это самое реальное преимущество клинической и терапевтической психологии» (цит. по: Клод-М. Прево, 2005. С. 34–35).

Мы придерживаемся той точки зрения, что «прямых основоположников» того, что мы сегодня пытаемся понять под «клинической психологией», вряд ли можно с большой уверенностью установить (их оказывается очень много и с широкой географией), правильней, скорее всего, говорить о тех, кто создал определенные предпосылки появления клинической психологии как области психологии (Вундт, Шарко, Корсаков, Джемс и др.), о тех, кто косвенно – через общепсихологические и другие идеи – стимулировал ее развитие как научной и прикладной отрасли психологии (Сеченов, Павлов, Холл, Выготский, Уотсон и др.), о тех, кто внес конкретный вклад в ее появление и развитие посредством формирования определенных традиций: институциональной (Уитмер, Крепелин, Айзенк, Корсаков, Бехтерев, Ланге и др.), психометрической (Кеттелл, Гальтон, Бине и др.), психодинамической (Фрейд, Юнг, Зейгарник, Мясищев), интервенционной (Мюнстерберг, Жане, Фрейд, Бехтерев, Роджерс, Вольпе). Разумеется, можно оценить вклад в развитие современной клинической психологии и с географической, и с персоналистской или с отраслевой позиций. Мы же, излагая, хотя и кратко, историю клинической психологии, будем придерживаться главным образом указанных выше традиций.

Несомненно, пришло время, когда должна быть написана история клинической психологии, чтобы понять, почему путь ее развития имеет извилистый характер, а клинические психологии удивительно аисторичны (Watson, 1953). Это особенно важно и в связи с

тем, что не только за рубежом, но и в нашем отечестве мы уже не первый год готовим собственно клинических психологов. В то же время отсутствуют учебные пособия по истории клинической психологии, нет базового курса по этой дисциплине в Госстандарте подготовки клинических психологов. Довольно краткие экскурсы в историю клинической психологии (патопсихология, медицинская психология) даются в некоторых учебных пособиях (Зейгарник, 1999; Карвасарский, 2002).

2.2. Традиции в истории развития клинической психологии

Институциональная традиция. В то время как Стэнли Холл стремился к перевороту в американской психологии – в сторону ее применения в детской психологии и в педагогике, а Кеттелл использовал психологические методы для оценки умственных способностей, один из студентов М.-К. Кеттелла и В. Вундта (Лайтнер Уитмер) применил методы психологического исследования для установления диагноза и лечения аномального поведения детей. Всего через 17 лет после основания Вундтом современной психологии его бывший ученик *Л. Уитмер (1867–1956)* нашел еще одно практическое применение психологии, что явно противоречило позиции учителя.

В 1896 г. Л. Уитмер, сменивший на посту профессора университета Пенсильвании М.-К. Кеттелла, открыл первую в мире психологическую клинику. Уитмер – по отзывам, «безнадежно сварливый и скрытный», «тщеславный карлик» – начал развивать направление, которое он назвал клинической психологией. То, что Уитмер практиковал в своей клинике, не было клинической психологией в том смысле, какое сегодня вкладывается в это понятие. Его деятельность была посвящена диагностике и лечению отклонений в умственном развитии школьников. Современная же клиническая психология занимается более широким диапазоном психологических нарушений (от легких отклонений до тяжелых форм) людей всех возрастов. Хотя Уитмер способствовал развитию клинической психологии и вполне обоснованно пользовался этим термином, на самом деле это направление намного шире того, с чем он имел дело. Он являлся одним из тех представителей функционализма, которые полагали, что совре-

менная наука должна помогать людям решать их проблемы, а не изучать содержимое их умов.

Страницы жизни. Лайтнер Уитмер родился в 1867 г. в Филадельфии, штат Пенсильвания, в семье зажиточного аптекаря, который верил в силу образования. Он закончил Пенсильванский университет в 1888 г., затем некоторое время преподавал историю и английский язык в частной школе в Филадельфии, после чего вернулся в университет, поступив на курс юриспруденции.

Очевидно, что Уитмер не думал о карьере психолога, но по причинам, которые остаются неясными, он изучал экспериментальную психологию у Кеттелла и получил место ассистента на психологическом факультете. Уитмер начал исследовать индивидуальные различия во времени реакции; его надежды были связаны с получением докторской степени в университете Пенсильвании. Но Кеттелл порекомендовал ему поехать в Германию и продолжить там свое образование.

В Германии он учился у Вундта и Кюльпе. Уитмера не вдохновлял подход Вундта, и позже он говорил, что, кроме степени, ничего в Лейпциге не получил. Вундт не позволил Уитмеру продолжать работу по изучению времени ответной реакции, которую тот начал с Кеттеллом, принуждая его заниматься интроспективными исследованиями элементов сознания. Уитмер критиковал метод исследования Вундта, называя его «сомнительным». Он описывал, как Вундт заставлял Титченера повторять наблюдения, потому что результаты, полученные Титченером, были не теми, что ожидал Вундт. Уитмер все-таки получил свою докторскую степень, вернулся домой и летом 1892 г. занял новый пост в университете штата Пенсильвания. В том же году С. Холл организовал Американскую психологическую ассоциацию, одним из членов которой стал Уитмер. Американскую психологию начал охватывать функциональный, прикладной дух.

В течение двух лет Уитмер занимался экспериментальной психологией, проводя исследования и публикуя статьи по проблемам индивидуальных различий и психологии боли, и постоянно искал возможность применить психологию к диагностике отклонений в поведении. Случай представился в марте 1896 г. Дело в том, что во многих управлениях образования штатов были учреждены отделы педагогики (для разработки принципов и методик обучения), и психологам предложили прочесть специальные курсы чиновникам этих отделов и учи-

телям государственных школ, работающим по углубленным программам. Кроме того, психологам пришлось пересмотреть программы своих лабораторных исследований, чтобы подготовить как можно больше квалифицированных школьных психологов.

Психологические факультеты существенно выиграли от этого внезапного притока студентов, потому что тогда (как, впрочем, и теперь) бюджет факультета во многом зависел от количества студентов.

В 1894 г. Пенсильванский университет организовал курсы для учителей государственных школ, и Уитмер читал там лекции. Однажды, после двух лет существования курсов, к Уитмеру подошла одна из слушательниц с целью проконсультироваться по поводу своего 14-летнего ученика, у которого были проблемы с чистописанием, хотя по другим предметам он успевал. Могли бы психологи помочь решить эту проблему? «Мне думается, – писал позже Уитмер, – что если психология чего-нибудь да стоит, она должна оказаться способной помогать именно в таких случаях отставания в развитии» (цит. по: Reynolds, 1987. P. 853). Вскоре Уитмер организовал при университете клинику, которая задумывалась как временная, но в итоге стала делом всей его жизни.

В течение нескольких месяцев Уитмер подготовил курс по методам лечения умственно отсталых, слепых и душевнобольных детей и опубликовал в журнале «Педиатрия» статью «Практическая работа в психологии». На очередной ежегодной конференции АРА Уитмер прочитал доклад, в котором впервые использовал термин *клиническая психология*, и в том же году начал читать в колледже первый курс по клинической психологии.

В 1907 г. Уитмер основал журнал «Психологическая клиника» («Psychological Clinic»), который долгие годы был единственным изданием, посвященным этой проблематике, и редактором которого он был в течение 29 лет (рис. 1). В первом выпуске Уитмер предложил новое поле деятельности для психологии – новую специализацию «клиническая психология». В следующем году он организовал школу-интернат для отсталых и душевнобольных детей, а в 1909 г. его клиника отделилась от университета и стала самостоятельным учреждением.

Уитмер всю жизнь работал в университете Пенсильвании, преподавая, развивая и воплощая свою систему клинической психологии. Он ушел на пенсию в 1937 г., а умер в 1956 г. в возрасте 89 лет.

Vol. I. No. 1. March 15. 1907

THE PSYCHOLOGICAL CLINIC

A Journal for the Study and Treatment of Mental Retardation and Deviation

Editor:
LIGHTNER WITMER. Ph. D., University of Pennsylvania.
Associate Editor :
HERBERT STOTESBURY. Ph. D. JOSEPH COLL'NS. M. D.
The Temple College. Post Graduate Medical College, Philadelphia
New York.

CONTENTS

THE PSYCHOLOGICAL CLINIC PRESS WEST PHILADELPHIA STATION, PHILADELPHIA, PA.

Рис. 1. Титульная страница первого клинико-психологического журнала, изданного в 1907 г. Л. Уитмером

Психологическая клиника. Будучи первым в мире клиническим психологом, Уитмер не имел примеров или прецедентов, на которые мог бы ориентироваться в своей деятельности. Поскольку он работал один, то развивал собственные методы диагностики и лечения. Занимаясь первым случаем в своей практике, мальчиком, у которого были трудности с письмом, Уитмер исследовал уровень интеллекта ребенка, его способности к рассуждениям и чтению и заключил, что имен-

но чтение представляло для ребенка наибольшую сложность. Проведя всесторонние исследования, Уитмер выявил у мальчика так называемую визуально-вербальную амнезию. Хотя ребенок запоминал геометрические фигуры, он не мог запоминать слова. Уитмер разработал интенсивную корректирующую программу, которая принесла некоторые плоды, но мальчик так и не смог научиться бегло читать и писать.

Учителя из разных школ посылали в новую клинику Уитмера непрерывный поток детей с широким диапазоном нарушений развития и проблем с обучением, включая гиперактивность, нарушения речи и моторики. Накопив определенный опыт в этой области, Уитмер разработал стандартные программы диагностики и лечения; в штат клиники он принимал не только врачей, но и социальных работников и психологов.

Уитмер понимал, что психологическому функционированию могли препятствовать и физические проблемы, поэтому врачи клиники всесторонне обследовали детей, определяя, не связаны ли возникшие у ребенка трудности с плохим питанием или дефектами зрения и слуха. Психологи тестировали пациентов, а социальные работники готовили истории болезни и собирали сведения о семьях.

Начиная работать с детьми, Уитмер полагал, что многие отклонения в поведении и трудности с обучением обусловлены генетическими факторами, но позже, с ростом клинического опыта, он понял, что огромную роль здесь играет влияние окружающей среды. Предвосхитив современные программы духовного обогащения, Уитмер подчеркивал, что с самых первых дней жизни ребенка его необходимо обеспечивать разнообразным сенсорным опытом. Он также верил в прямую зависимость поведения ребенка от его взаимоотношений с окружающими, утверждая, что если обстановка дома и в школе изменится к лучшему, то улучшится и поведение ребенка.

Примеру Уитмера последовали многие американские психологи. В 1914 г. в Соединенных Штатах действовали почти два десятка психологических клиник, большинство из которых были организованы по образу и подобию уитмеровской. Такой подход пропагандировали и его бывшие студенты, обучая следующее поколение психологов принципам клинической работы. Уитмер был влиятельной фигурой и в сфере специального образования, он подготовил длинный ряд специалистов данного профиля. Один из его студентов, Моррис Вителес,

расширил рамки сделанного Уитмером, создав клинику, где детей не только лечили, но и обучали профессиональным навыкам. Это было первым в США учреждением подобного рода. Последователи Уитмера применили его клинический подход к диагностике и лечению нарушений у взрослых.

В целом методы Уитмера носили больше практический, чем теоретический характер, а потому ему не удалось развить собственный терапевтический подход и четко определить методические обоснования в сегодняшнем смысле. Однако его заслуги в развитии клинической психологии несомненны. Прежде всего, он первым осознал, что научная психология может иметь практическое применение в плане помощи людям в решении их проблем и расстройств. Далее он утверждал необходимость связывать практику психологической помощи с психологическим исследованием. Своей деятельностью – открытием психологической клиники, систематической подготовкой специалистов по ортогенетическим методам и выпуском специального журнала – он создал предпосылки для дальнейшего развития клинической психологии как дисциплины и профессии.

Правда, его «исторической значимости дело» осталось в истории клинической психологии и вообще психологии несколько в стороне, изолированным. Считается, что причиной тому явилось следующее: во-первых, Уитмер не принял во внимание происходящие в данной области изменения вплоть до конца Первой мировой войны – так, он не принимает участие ни в клиническом применении новых психодиагностических методов (тестов), ни в клинических исследованиях взрослых, которые начали активно проводиться после 1907 г. совместно с психиатрами. Однако прежде всего Уитмер не увидел или не учел необходимости заниматься (наряду с физическими и психическими (интеллектуальными) расстройствами) расстройствами поведения и личности.

Р. Уотсон (Watson, 1953) считает, что Лайтнер Уитмер – это больше история, а то, что делалось после него, – это больше современность.

Одним из отцов клинической психологии по праву считается немецкий психиатр *Эмиль Крепелин (Emil Kraepelin, 1885–1926).* Э. Крепелин, ученик В. Вундта, практиковавший в Гейдельберге, Мюнхене и Дерпте (ныне Тарту), основал такие области клинической психологии, как «Психология в клинике», «Фармакопсихология» и «Эксперимен-

тальная психопатология». Одно из наиболее существенных его достижений – создание учения о психических расстройствах и их систематике, которое до сего времени оказывает влияние на нозологические классификационные системы.

Крепелин довольно рано начал исследовать психологические феномены, которые имеют значение для психиатрии (Психологический эксперимент в психиатрии... 1895). Например, он попытался изучить влияние испуга, действие неожиданного стимула и ожидания, производил эмпирические исследования глубины сна и рабочего ритма человека. Выявленные данные он хотел использовать при объяснении и решении психиатрических проблем; методологически предпочтительным называл экспериментально-психологический подход, который освоил, обучаясь у В. Вундта. Экспериментальный метод представлял для него своего рода исследовательскую программу в противовес спекулятивной работе психопатологии того времени. Он имел право опасаться того, что это поле будет оставлено «блестящим утверждениям и глубоким открытиям».

Экспериментальная психопатологическая традиция, заложенная Крепелиным, сохранилась до сегодняшнего дня. Позже она нашла свое продолжение, правда, уже не по инициативе Крепелина, в поведенческой терапии, поскольку последняя представляет собой контролируемую экспериментальную терапию отдельного пациента (Yates, 1970).

В своих фармакопсихологических работах Крепелин определял влияние отравления, алкоголя, наркотиков, чая, табака и других веществ на психические процессы. Современная фармакопсихология идет в том же направлении. Что касается его учения о психических расстройствах, то созданная им их систематика (1899) являлась фундаментов всех последующих систематик вплоть до МКБ-9.

Своими трудами Э. Крепелин оказал существенное влияние не только на психиатрию, но и на формирование структуры клинической психологии. Он основал традиции, с которыми в большинстве своем мы встречаемся и сегодня. К наиболее весомым из них, вероятно, относится внедрение в клиническую психологию экспериментального метода.

В дерптский период большое место в деятельности Крепелина занимали психологические исследования. Из всех выполненных в Дерпте под его руководством диссертаций только одна была собственно

клинической, все остальные – экспериментально-психологическими, хотя все они были диссертациями на степень доктора (кандидата) медицинских наук. Впоследствии сам Крепелин подчеркивал важность дерптского периода в разработке вопроса применения экспериментально-психологических методов в психиатрии.

Следует отметить то общее, что характерно для всех экспериментально-психологических работ, выполненных в Дерптском университете под руководством Крепелина (Роговин, 1974). Во-первых, он принимал в экспериментах самое активное участие: не только руководил постановкой эксперимента, но и сам был испытуемым и разрабатывал конструкции аппаратуры. Число испытуемых было небольшим: в основном аспиранты Крепелина производили эксперименты в своем кругу. Бывшие экспериментаторами в одной серии опытов становились испытуемыми в другой. Во-вторых, аппаратура, как правило, представляла собой хитроумные механические приспособления, где необходимый эффект достигался с помощью зубчатых передач, рычагов и т.п. Даже по прошествии многих лет диссертации производят очень хорошее впечатление четкостью постановки задач, сжатостью изложения и строгостью интерпретации. Полученные результаты остаются ценным вкладом в экспериментальную общую и патологическую психологию. Что же касается методик, не говоря уже об оборудовании, то они представляют исторический интерес и являются яркой иллюстрацией прогресса психологии за последние десятилетия.

Принципиально новое положение (одно из основных в патопсихологическом подходе Крепелина) заключалось в том, что автор исходил из возможности – на основе измерения времени – осуществления указанных выше действий двумя различными по своему существу способами. В первом случае (как это имело место в работах указанных выше авторов) требуемое выполнение действия (Leistung) заранее определяется в количественном отношении; в этом случае показатель производительности находится в обратном отношении с общим временем, затраченным на выполнение требуемых действий. Во втором же случае намечается некоторая длительность времени, на протяжении которой осуществляется данная деятельность и в течение определенных промежутков времени фиксируется число выполненных заданий. Это и принималось в качестве меры, репрезентативной в отношении изучаемых действий. Именно второй способ был главным в данном исследовании,

т.е. оно уже было непосредственно связано с идеей исследования кривой длительности работы, с понятием умственной работоспособности – темой, ставшей впоследствии ведущей в области психологических интересов Крепелина. Особое внимание было обращено на фиксацию абсолютной длительности исследуемых действий и их средние вариации, упражняемость и утомление, индивидуальные различия. Принципиально важным представляется вывод автора о том, что понятие умственной работоспособности, подвергнутое экспериментально-психологическому исследованию, расчленяется в ходе этих исследований на ряд отдельных компонентов, которые лишь совместно репрезентируют те свойства, которые обычно обозначаются как умственная работоспособность человека.

Психометрическая традиция. Уже в 1910 г. Вильям Хейли (William Healy) внедряет в клинику («child guidance clinic»), открытую годом раньше, в которой, помимо самого Хейли как психиатра, работал и психолог Грейс Фернельд и которая ориентировалась больше на людей типа Джемса, а не на более ригидных вундтовцев и экспериментально и статистически ориентированных психологов (цит. по: Watson, 1953. P. 329), интеллектуальный тест Бине – Симона, что вполне закономерно, поскольку это отвечало одной из первых и основных традиций-предпосылок развития клинической психологии в США – психометрической традиции.

Интересно в этой связи отметить, что американские историки клинической психологии, в частности Роберт Уотсон, начинают ее историю не с Лайтнера Уитмера, а с психометрической традиции в психологии и Дж. МакКина Кеттелла, который в 1890 г. ввел в обиход термин «mental test». Тест предназначался для изучения индивидуальных особенностей, чем занимались и его соотечественники Торндайк и Вудвортс, а затем Терман и Йеркс, особенно перед и во время Первой мировой войны, когда было создано огромное количество тестов – батареи тестов, многие из которых вошли затем и в клиническую практику как психодиагностический инструментарий клинической психологии.

Почти через 15 лет подобную клинике Хейли в рамках «движения оказания помощи детям» клинику при университете в городе Айова открывает Сишор (Seashore). В 1927 г. при Гарвардском университете была открыта психологическая клиника Мортона Принса (Morton

Prince). Отличало ее тесное сотрудничество академической и клинической психологии. Позже во главе клиники стал А. Мюррей (Henry A. Murray), известный больше как автор проективного теста ТАТ, собравший блестящую группу сотрудников, в которую входили Дональд В. МакКиннон, Сол Розенцвейг, Р. Нервитт Сенфорд и Роберт В. Уайт, которые реализовали великолепный проект по исследованию личности, известный как «Exploration in Personality» (1938). В этот период в психологических клиниках и за их пределами (в большей степени, пожалуй) растет число клинических психологов и сфер, ими охватываемых.

В 1941 г. Соединенные Штаты вступили во Вторую мировую войну. Это событие в большей мере, чем любое другое, дало толчок превращению клинической психологии в крупную и динамически развивающуюся прикладную область. Армия заказала клиническим психологам сотни программ для лечения эмоциональных расстройств у военных.

После войны потребность в клинических психологах даже возросла. Управление по делам ветеранов (*Veterans Administration,* VA) несло ответственность более чем за 40 тысяч ветеранов войны, страдающих различными психологическими расстройствами. Еще более трех миллионов людей нуждались в профессиональной переподготовке и индивидуальных консультациях для возвращения к нормальной гражданской жизни. Психологическая помощь требовалась приблизительно 315 тысячам ветеранов, оказавшихся вследствие полученных на войне травм физически нетрудоспособными. Увеличивался спрос на профессиональных консультантов по проблемам психического здоровья; он существенно превосходил предложения. Чтобы помочь удовлетворить эту потребность, Ассоциация ветеранов (VA) финансировала программы повышения квалификации для дипломированных психологов в университетах и оплачивало обучение аспирантов, которые изъявляли желание работать в госпиталях и клиниках для ветеранов. Клиническим психологам пришлось иметь дело с новым типом пациентов. Если до войны они в основном занимались проблемными детьми, у которых были трудности в обучении и общении, то в послевоенные годы столкнулись с диагностикой и лечением серьезных эмоциональных проблем у взрослых. Право гражданства в США клиническая психология получила лишь в 1947 г.

Сегодня клиническая психология в США – самая популярная из прикладных направлений, более трети всех аспирантов-психологов специализируются именно по клинической психологии. Клинические психологи работают в центрах психического здоровья, школах, коммерческих организациях, занимаются частной практикой. Семь из восьми подразделений АРА занимаются теоретическими и прикладными проблемами психического здоровья. Почти 70% ее членов работают в области здравоохранения. В 1995 г. журнал «Деньги» («Money») назвал психологию четвертой в списке из пятидесяти самых перспективных профессий XXI в.

Психометрическая традиция в психологии, которая оказала влияние и на клиническую психологию, связана прежде всего с именами Френсиса Гальтона (считается, что и знаменитый родственник последнего – Ч. Дарвин, хотя и не в рамках психометрии, но внес свой вклад изучением эмоций и развития ребенка в развитие клинической психологии), Дж. МакКинн Кеттелла и Альфреда Бине, первыми разработавшими и предложившими использовать для оценки индивидуальных различий тесты.

В 1888 г. Альфред Бине, директор лаборатории экспериментальной психологии в Сорбонне, вместе с Симоном, главврачом психиатрической клиники под Парижем, опубликовали очерки «Новые методы оценки уровня интеллекта у анормальных» (1905), которые представляют собой начало клинической психодиагностики.

Надо отметить, что в рамках этой и других психологических традиций трудились много учеников Вундта, в частности МакКин Кеттелл. Психометрическая традиция нашла свое продолжение и в последующие годы, особенно усилившись во время Первой и Второй мировых войн. Так, во Второй мировой войне с американской стороны приняли участие свыше 1 500 психологов (25% общей численности), многие из которых оказались вовлеченными в работу клинических (врачебных) команд, терапевтических консилиумов, экспертных комиссий и т.п., где им пришлось использовать соответствующие методы диагностики и психологической помощи. По некоторым данным, бывшие военные психологи после войны начали практиковать в клинических рамках и использовать клинический метод в три раза чаще, чем до войны.

В этой связи следует напомнить, что нечто подобное случилось и с отечественными (советскими) психологами, хотя не в таком массовом

порядке, поскольку их было катастрофически мало, если не сказать единицы. Однако благодаря труду этих единиц – А.Р. Лурия, Б.Ф. Зейгарник, А.В. Запорожец, В.Н. Мясищев – была оказана существенная помощь раненым. В результате их работы в клиниках и госпиталях после войны сформировались такие составные части клинической психологии, да и психологии вообще, как нейропсихология и патопсихология.

Значительный вклад в развитие психометрической традиции в клинической психологии внес *Фрэнсис Гальтон (Francis Galton, 1822–1911)*, главной сферой научных изысканий которого явилось исследование человеческих способностей. Его фундаментальный труд «Наследственный гений» увидел свет в 1869 г. Интересна и его статья «Стадность у рогатого скота и человека». В ней, рассуждая о «стадном инстинкте», свойственном человеческому обществу, Гальтон утверждал, что в прошлом этот инстинкт был оправдан, но в современных условиях он вреден. Его необходимо преодолеть, чтобы вывести человеческий род на путь морального и интеллектуального прогресса. Средство к этому предлагалось то же, что и для улучшения породы скота, – искусственный отбор.

Такие идеи возникли у Гальтона под впечатлением «Происхождения видов» Ч. Дарвина. Первая статья ученого о наследовании человеческих черт «Наследственный талант и характер» появилась в 1865 г. Уже в ней намечены основные принципы, которых он придерживался в последующих изысканиях.

Главное убеждение Гальтона состояло в том, что талант человека и вообще все психические свойства так же наследуются, как и его физические качества. Для аргументации этого положения им был разработан так называемый близнецовый метод, впоследствии получивший в психологии чрезвычайно широкое распространение. Сопоставляя степень схожести по ряду параметров монозиготных и дизиготных близнецов, Гальтон еще более укрепился в убеждении, что наследственность играет решающую роль в становлении личности, а условия среды – второстепенную.

Признание наследственности таланта неизбежно направило мысль Гальтона на изучение и измерение ее функций, то есть на психометрические исследования. Он считал, что психометрия есть искусство охватывать измерением и числом операции ума, как, например, определение времени реакции у разных лиц. Пока феномены какой-нибудь отрасли

знания не будут подчинены измерению и числу, они не могут приобрести статус и достоинство науки. Последняя его фраза стала впоследствии лозунгом биометрической лаборатории, основанной им в Лондоне.

Психологические исследования, проводимые ученым, были очень разнообразны. Некоторые его наблюдения и эксперименты не укладываются в рамки ни одной теории, как, например, «знаменитая прогулка сэра Гальтона». Суть этого опыта поистине поучительна. Однажды сэр Фрэнсис решился на своеобразный эксперимент. Прежде чем отправиться на ежедневную прогулку по улицам Лондона, он внушил себе: «Я – отвратительный человек, которого в Англии ненавидят все!» Он несколько минут концентрировался на этом убеждении, что было равносильно самогипнозу, и отправился, как обычно, на прогулку, во время которой произошло следующее. На каждом шагу Фрэнсис ловил на себе презрительные и брезгливые взгляды прохожих. Многие отворачивались от него, и несколько раз в его адрес прозвучала грубая брань. В порту один из грузчиков, когда Гальтон проходил мимо него, так задел ученого локтем, что тот плюхнулся в грязь. Казалось, враждебное отношение передалось даже животным. Когда он проходил мимо запряженного жеребца, тот лягнул ученого в бедро так, что он опять повалился на землю. Гальтон пытался вызвать сочувствие у очевидцев, но, к своему изумлению, услышал, что люди принялись защищать животное. Гальтон поспешил домой, не дожидаясь, пока его мысленный эксперимент приведет к более серьезным последствиям.

Эта достоверная история описана во многих учебниках психологии. Из нее можно сделать два важных вывода. Человек представляет собой то, что он о себе думает. Нет необходимости сообщать окружающим о своей самооценке и душевном состоянии. Они и так почувствуют. Практически это означает, что если нас что-то не устраивает в нашем мироощущении и поведении, в отношении к нам других людей, надо попробовать это изменить. Но любому изменению поведения должно предшествовать изменение мышления. Эта идея нашла свое практическое воплощение, например, в бихевиорально-когнитивной психотерапии (Залевский, 2002, 2006). Хорошее настроение и высокая самооценка способствуют успеху в делах и гармонии в человеческих отношениях.

Гальтон считал возможным классифицировать людей на основании измерения скорости «образования суждений». Он разработал

несложный опыт, который состоял в том, что испытуемый должен был различать альтернативные сигналы А и В, нажимая на ключ в ответ на А правой рукой, на В – левой. Различение сигналов и соответственно рук требовало известного интервала, неодинакового у разных людей. Это время, необходимое для «образования суждения», измерялось. Такой опыт фактически являет собой пример психометрического теста.

Интересно, что представление Гальтона о времени реакции (ВР), как важном показателе протекания психических процессов, на протяжении всей истории психологии остается предметом оживленных научных дискуссий и по сей день находит своих сторонников. Так, Г.Ю. Айзенк (1968), признанный эксперт в области психодиагностики, утверждает, что ВР является одним из наиболее существенных критериев уровня интеллектуальной одаренности, тем самым фактически подтверждая давнюю идею Гальтона.

По мнению многих, Гальтона можно назвать основоположником психометрического направления в психологии, первым среди тестологов. Хотя сам он созданные им методы тестами не называл. Слово «тест» издавна бытует в английском языке в значении «испытание», «проверка», «проба». Для обозначения психометрических методик его впервые употребил американец Джеймс МакКин Кеттелл в своей статье «Умственные тесты и измерения» (1890).

В 1844 г. на Международной выставке здравоохранения в Кенсингтоне Гальтон открыл Антропометрическую лабораторию. Он хотел получить статистические данные об объеме человеческих способностей. За три пенса посетители выставки проходили обследование, состоявшее из 17 различных испытаний. Лаборатория вызвала большой интерес, в день ее посещали около 90 человек; в итоге набралось 9 337 карточек с индивидуальными результатами. Это был первый эксперимент такого размаха, первое массовое тестирование. Кстати, стало традицией предлагать посетителям международных выставок, прежде всего достижений в промышленности и психологии, пройти психологическое (интеллектуальное) тестирование[1].

[1] В таком тестировании с оценкой IQ принял участие и автор на Всемирной промышленной выставке в Ганновере (Германия) в 1976 г. уже с участием компьютера и получил соответствующий сертификат.

Научную деятельность Гальтон продолжал до глубокой старости. Умер он 17 января 1911 г. в Хейзлмире, близ Лондона.

Многие его идеи и разработанные им методы послужили ориентиром для развития психологической науки, прежде всего дифференциальной психологии. Оценки его творчества впоследствии были различными, порой и негативными. Последнее определялось теми злостными извращениями, которым подвергли его евгеническую теорию разного рода воинствующие фанатики (фашисты в Германии), что, впрочем, не умаляет достоинств концепции Гальтона, глубоко гуманистической по своей сути.

Фрэнсис Гальтон остается одной из ярких фигур в мировой психологии, хотя себя он психологом не считал ввиду неопределенного статуса этой науки в то время. Тем не менее его исследования на долгие годы определили важные тенденции в развитии психологической мысли, и многие выдающиеся психологи относили себя к его последователям. Это был один из оригинальнейших ученых исследователей и мыслителей современной Англии. Жизнь и деятельность Гальтона подробно описаны его учеником и другом Карлом Пирсоном в книге «Жизнь, письма и труды Фрэнсиса Гальтона». И совсем уж в духе Гальтона Пирсон начал с генеалогии, которую проследил до пятидесятого колена. Среди предков Гальтона оказались: император Карл Великий, киевский князь Ярослав Мудрый, Вильгельм Завоеватель, несколько английских королей, его кузеном был Чарльз Дарвин. А вот по линии отца его предки были из простых крестьян. Отец Фрэнсиса, Самуэль, никакими талантами не отличался, как и все его дети, за исключением девятого, младшего, Фрэнсиса. Отсюда следует, что генеалогическое древо может лишь отчасти служить аргументом в пользу теории Ф. Гальтона о роли наследственности.

С энтузиазмом воспринял идею Гальтона о том, что интеллектуальные функции можно объективно измерять с помощью испытаний сенсорного различения и времени реакции, и начал соответствующие испытания *Джеймс МакКин Кеттелл (James Mckeen Cattell, 1860–1944).*

Напомню, что слово «испытание» (проверка, проба) по-английски звучит как «тест». Благодаря Кеттеллу оно обрело тот психологический смысл, который мы вкладываем в него сегодня.

В 1890 г. в журнале «Mind» увидела свет статья Кеттелла «Умственные тесты и измерения» с послесловием Гальтона, где впервые

было научно обосновано практическое использование психометрических методов. «Психология, – писал Кеттелл, – не может стать прочной и точной, как физические науки, если не будет базироваться на эксперименте и измерении. Шаг в этом направлении может быть сделан путем применения умственных тестов к большому числу индивидов. Результаты могут иметь значительную научную ценность в открытии постоянства психических процессов, их взаимозависимости и изменений в различных обстоятельствах» (цит. по: Степанов, 2001. С. 28).

Таким образом, статистический подход – применение серии тестов к большому числу индивидов – выдвигался как средство преобразования психологии в точную науку. Наряду с чисто научной ценностью такого подхода Кеттелл подчеркивал и его возможное практическое значение. Он создал серию тестов для оценки интеллекта студентов колледжей. Предложенные испытания содержали измерения мышечной силы, скорости движений, чувствительности к боли, остроты зрения и слуха, различения веса, времени реакции, памяти и даже объема легких, что тоже почему-то увязывалось с умственными способностями. Выбор этих параметров объяснялся, с одной стороны, приверженностью идеям Гальтона, с другой – тем простым соображением, что элементарные функции можно измерить с большой точностью, а разработка объективных методов измерения более сложных функций казалась в то время совершенно безнадежной задачей.

Еще одним важным вкладом Кеттелла в психологическую науку послужили результаты его опытов по изучению объема внимания и навыка чтения. С помощью тахистоскопа Кеттелл определял время, необходимое для восприятия и называния различных объектов – формы, буквы, слова и т.п. Установленный объем внимания колебался в пределах пяти объектов. Он оставался таким же и тогда, когда испытуемому предъявлялись не разрозненные буквы, а целые слова и даже предложения, т.е. речевые или смысловые единицы, состоящие из значительно большего числа букв или знаков.

При экспериментах с чтением букв и слов на вращающемся барабане Кеттелл зафиксировал феномен антиципации («забегания» восприятия вперед).

Полученные результаты повышали статус не только экспериментальной психологии, но и общей психологической теории, ибо эти

направления всегда неразрывно связаны. «В психологии, – писал Кеттелл, – невозможно добиться конкретных и точных результатов, как это делается в естественных науках, если не опираться на эксперименты и измерения. Выход – в тестировании умственных способностей как можно большего числа людей» (Cattell, 1893. P. 373). Именно этим, по его мнению, и следует заниматься.

Научная общественность высоко оценила заслуги Кеттелла. В 1895 г. он был избран президентом Американской психологической ассоциации. В 1929 г. председательствовал на IX Международном психологическом конгрессе (впервые проводившемся в США). В истории психологии Кеттелл сыграл огромную роль и как организатор, и как популяризатор науки. С 1895 г. он издавал журнал «Наука», а в 1894 г. совместно с Дж.М. Болдуином основал журнал «Психологическое обозрение», в 1915 г. – журнал «Школа и общество».

Исследования и воззрения Кеттелла оказали значительное влияние на многих ученых. В 1904 г., выступая на Всемирной ярмарке в Сент-Луисе, он произнес знаменательные слова: «...не вижу причин, почему применение систематизированного знания к изучению человеческой природы не может в нынешнем веке привести к результатам, которые сравнятся с достижениями физики девятнадцатого века и их значением для изучения материального мира». На этом выступлении присутствовал Джон Уотсон, прославившийся впоследствии как родоначальник поведенческой психологии – бихевиоризма. Идею Кеттелла он воспринял с необычным энтузиазмом. Некоторым историкам это даже дало повод предложить именовать Кеттелла «дедушкой» бихевиоризма. Учеником Кеттелла был и Э. Торндайк, однажды появившийся у его дверей с корзиной в руках. В ней ворочались дрессированные цыплята, из опытов над которыми впоследствии возникли знаменитые законы упражнения, эффекта и другие постулаты бихевиоризма. Среди учеников Кеттелла – блестящий экспериментатор Р. Вудвортс и основоположник американской клинической психологии Л. Уитмер.

После смерти Кеттелла историк Э.Г. Боринг написал его детям: «На мой взгляд, ваш отец сделал для американской психологии даже больше, чем Вильям Джемс. Именно благодаря ему психология в США окончательно отделилась от своей прародительницы – немецкой психологии – и стала истинно американской» (1950).

Хотя понятие «тест умственных способностей» ввел Кеттелл, тестовый метод получил распространение благодаря работам *Альфреда Бине (Alfred Binet, 1857–1911)*, независимого психолога-самоучки. Его метод, ставший впоследствии основой известной шкалы Стэнфорд – Бине, обеспечил возможность эффективно измерять умственные способности человека; он знаменовал собой начало современной тестологии. Бине не согласился с подходом Гальтона и Кеттелла, которые для измерения интеллекта применяли тесты сенсомоторных функций. Он полагал, что наилучшим критерием умственного развития может служить оценка таких познавательных функций, как память, внимание, воображение, сообразительность. В 1904 г. ему представилась возможность на практике доказать свою правоту. По инициативе Министерства народного образования Франции была создана комиссия по изучению умственных способностей детей, которые испытывали трудности со школьным обучением. Бине и психиатр Теодор Симон участвовали в работе комиссии и вместе разработали ряд интеллектуальных задач для детей различных возрастных групп.

На основе этих задач и был составлен первый тест на интеллект. Он состоял из тридцати вербальных, перцептивных и манипулятивных задач, которые располагались по возрастанию трудности. В последующие годы тест неоднократно пересматривался и модифицировался. Бине и Симон ввели понятие «умственный возраст», который определялся по уровню тех интеллектуальных задач, которые способен решать ребенок. К примеру, если ребенок, чей хронологический возраст равен четырем годам, решает все задачи для пятилетнего, то умственный возраст этого ребенка приравнивался к пяти годам.

После смерти Бине в 1911 г. развитие тестологии переместилось в Соединенные Штаты. Там работы Бине получили даже большее признание, чем во Франции. На родине Бине программы по тестированию интеллекта приобрели популярность только спустя 35 лет после его кончины. Тест Бине – Симона перевел на английский язык и представил в Соединенных Штатах Генри Годдард, который работал в частной школе для умственно отсталых детей в Вайнленде, Нью-Джерси. Его вариант перевода теста Бине – Симона был назван *шкалой измерения интеллекта.*

В 1916 г. Льюис М. Терман модифицировал тест Бине – Симона, который с тех пор стал стандартным. Он назвал его шкалой Стэнфорд –

Бине (тест был впервые представлен в Стэнфордском университете) и ввел в широкое обращение понятие *коэффициент умственного развития*, или интеллекта (IQ – Intellectual Quotient), определяемый как процентное отношение умственного возраста к хронологическому. Шкала Стэнфорд – Бине претерпела несколько редакций и широко используется до сего времени.

Психодинамическая традиция. Помимо институциональной и психометрической традиций, на развитие клинической психологии оказала значительное влияние и динамическая традиция, основанная на концепции психодинамизма. Хотя психодинамизм трудно определить как последовательную точку зрения, одно в этой концепции признается всеми ее сторонниками – центральная роль понятия «мотивация». Большое число мотивационных факторов – осознаваемых и неосознаваемых желаний, стремлений, тенденций, комплексов, чувств разочарования, отчаяния, тревоги и т.д. – рассматривается как главная причина тех или иных особенностей поведения в норме и патологии.

Динамическая традиция в психологии связана прежде всего с именами членов так называемой «Бостонской группы» (США), которая провозгласила «новую психологию»: William James, G. Stanley Hall, в Европе – с именами Wilhelm Wundt (Германия), Sigmund Freud (Австрия), Karl G. Yung (Швейцария), Pjier Jane (Франция), Н.Н. Ланге, В.М. Бехтерев (Россия).

Влияние Вильяма Джемса оказывалось через его «Принципы психологии» (Principles of Psychology... 1890). Термин «динамическая» Джемс употребил, чтобы показать отличие его точки зрения на предмет психологии от структуралистского подхода Титченера. Как справедливо отмечает Р. Уотсон, влияние Джемса на клиническую психологию шло не через конкретные его работы в этой области, а через плодотворность (и противоречивость) характера его мышления, через «защиту нерегламентированных идей» (Watson, 1953. P. 325). Правда, к более конкретным заслугам В. Джемса перед клинической психологией следует отнести его поддержку Клиффорда Бирса (Clifford. W. Beers), чья книга «A Mind that found itself» («Сознание, которое нашло самое себя», 1908) очень сильно повлияла на будущее развитие психогигиенического движения (mental hygiene movement).

Решающее влияние на развитие клинической психологии оказали идеи *Зигмунда Фрейда (Sigmund Freud, 1856–1939)*, благодаря ко-

торым она вышла далеко за рамки первых клиник[2]. Хотя работа Фрейда в области психоанализа изумила и возмутила «истеблишмент» психологии и американскую публику (после его лекций в 1909 г.), его идеи дали клиническим психологам первые приемы психоаналитической терапии.

Поэтому вполне справедливо мнение о Зигмунде Фрейде как о втором отце клинической психологии. Изначально, как и Крепелин, ориентированный на естественные науки, он развил психоанализом комплексное учение о расстройствах и терапии, а также феноменолого-герменевтическую исследовательскую перспективу. Начиная с «Исследований истерии» (1895) Фрейд предложил психогенетическую теорию невротических расстройств, которая оказала влияние одновременно на диагностические и клинико-психологические подходы и сформировала самостоятельный психологический фундаментальный подход. «Основополагающие положения психоанализа стали для нас настолько само собой разумеющимся, что мы почти забыли их психоаналитическое происхождение (Pongratz, 1977. P. 32): к ним, например, можно отнести значение социокультурного влияния и психогенетическую перспективу возникновения психических расстройств, а также введение беседы как средства психотерапии и подчеркивание фундаментального значения для терапевтических изменений отношений психотерапевт – клиент».

Нельзя недооценивать и косвенного влияния психоанализа, поскольку большинство клинико-психологических подходов возникли и были разработаны в противопоставлении и отграничении от психоанализа, как, например, клиент-центрированная терапия Роджерса, поведенческая терапия, гештальттерапия и семейная терапия.

Пытаясь из разрозненных наблюдений и гипотез построить целостную картину невротического заболевания, Фрейд вспомнил случай, рассказанный Брейером и впоследствии ставший широко известным как «случай Анны О.». Пациенткой Брейера (установлено, что ее подлинное имя – Берта Паппенгейм) была молодая женщина, страдавшая расстройством мышления и речи, нервным кашлем и параличом ног.

[2] По мнению Клода-М. Прево (2005), Фрейд, внимательно следивший за всем, что выходило во Франции, знал «Журнал клинической психологии», и именно это он подразумевал в своем письме Флиссу от 30 января 1899 г., когда писал: «Я обнаруживаю связи с конфликтом, с жизнью, со всем, что я хотел бы назвать клинической психологией» (1956. С. 248).

С помощью гипноза Брейеру удалось добиться воспроизведения больной тревоживших ее образов и фантазий. Оказалось, что травмировавшие ее психику переживания были связаны с болезнью и смертью отца. По мере того как пациентка заново переживала травмировавшую ее ситуацию, болезненные симптомы постепенно исчезали. На этом основании Брейер сделал вывод, что болезненный симптом является заменителем подавленного импульса. Суть предложенного им нового метода лечения истерии, названного катарсическим (от гр. «катарсис» – очищение), состояла в том, чтобы заставить больного вспомнить, осознать и тем самым разрядить подавленный психический импульс.

Фрейд решил проверить этот метод и вскоре уже мог привести несколько аналогичных случаев из собственной практики. В 1895 г., обобщив накопленный опыт, Брейер и Фрейд опубликовали совместную работу «Этюды по истерии» (в русском издании «Очерки истерии»). Книга вышла тиражом всего 800 экземпляров и не привлекла внимания специалистов, хотя в ней впервые была предпринята попытка установить связи неврозов с неудовлетворенными влечениями. В дальнейшем из-за разногласий соавторов по поводу механизмов истерии, роли сексуального фактора и по другим причинам произошел разрыв их почти пятнадцатилетней дружбы.

Последующий этап научной деятельности Фрейда проходил, по его собственному признанию, «в блестящей изоляции». Коллеги фактически бойкотировали его, поскольку развиваемая им теория сексуальности слишком далеко выходила за рамки привычных воззрений. Но именно в этот период были разработаны основные положения психоанализа – новаторского учения, перевернувшего традиционные представления о душевной жизни.

Понятие «психоанализ» Фрейд впервые употребил в 1896 г. в докладе «Этиология истерии». Первоначально он называл так метод терапии, направленный на выявление скрытых причин психических отклонений. Позднее так стали называть всю систему теоретических воззрений Фрейда.

Пытаясь раскрыть механизмы возникновения неврозов, Фрейд обратил внимание на болезненные последствия неудовлетворенных влечений и неотреагированных эмоций. Эти разрывающие единство сознания стремления и аффекты, о существовании которых сам больной и

не подозревал, были восприняты Фрейдом как главное свидетельство существования бессознательного – более влиятельной сферы психики, чем сознание. Поскольку содержанием бессознательного в большинстве случаев оказывалось нечто неприятное для больного, неприемлемое с точки зрения социальных и нравственных норм, Фрейд предположил, что бессознательный характер этих психических сил обусловлен особым защитным механизмом, получившим название «вытеснение».

Согласно Фрейду, механизм вытеснения подобно плотине ограждает сознание от потрясений, вызванных столкновениями с тягостными воспоминаниями, недопустимыми влечениями и импульсами. Но и в бессознательном состоянии эти влечения сохраняют заряд психической энергии и потому могут прорываться в виде патологических симптомов. Таким образом, на первом этапе развития теории психоанализа бессознательное представлялось как тождественное вытесненному. По мере развития психоанализа представления Фрейда о бессознательном уточнялись и усложнялись. Из случайного чужеродного фактора бессознательное превратилось в неотъемлемую часть психического аппарата всякого человека. Бессознательное – это кипящий котел страстей и инстинктов, рвущихся наружу с целью получения разрядки. В замаскированном виде бессознательное обнаруживает себя то в патологических симптомах, то в таких проявлениях обыденной жизни, как сновидения, шутки, обмолвки и т.п., то в преобразованном творческом виде как культурные, художественные и социальные ценности человеческого духа.

Еще в 1897 г. Фрейд приступил к систематическому самоанализу сновидений и принял решение написать работу о снах и сновидениях. Книга «Толкование сновидений» увидела свет в 1900 г. Публикация этой работы не вызвала интереса в научных кругах (тираж 600 экземпляров был распродан за 8 лет; ныне столько же экземпляров этой книги продается в США и Европе ежемесячно). Сам Фрейд считал эту книгу «поворотным пунктом».

В 1898 г. Фрейд начал разработку проблемы юмора, которую исследовал на основе собственной коллекции еврейских анекдотов. Впоследствии результаты его изысканий воплотились в работе «Остроумие и его отношение к бессознательному» (1905).

В 1901 г. Фрейд опубликовал книгу «Психопатология обыденной жизни» – наиболее популярную и известную работу по психоанали-

зу. В ней на основе теории вытеснения он показал, что неосознаваемые мотивы обусловливают поведение человека в норме и патологии, а различного рода ошибочные действия (оговорки, описки, забывание имен и названий и т.п.) свидетельствуют о наличии бессознательных мотивов и могут быть использованы в целях диагностики и терапии.

В 1902 г. Фрейду было присвоено звание профессора. В том же году, стремясь преодолеть бойкот и изоляцию, он организовал «Общество психологических сред», призванное обеспечить обмен идеями и консолидацию сторонников психоанализа. Первоначально это был дискуссионный кружок, который лишь через несколько лет обрел статус научного общества. В 1903 г. у Фрейда, наконец, появились первые ученики – Пауль Федерн, Вильгельм Штекель и др., которые сыграли значительную роль в исторической судьбе психоанализа. В 1904 г. идеи Фрейда привлекли внимание группы швейцарских психиатров – Э. Блейлера, М. Эйтингона, К. Абрахама, К.Г. Юнга, – которые обратились к ним как к перспективному учению и психотерапевтическому методу. В 1907 г. состоялись первые встречи Фрейда со швейцарскими коллегами, положившие начало слиянию венской и цюрихской школ психоанализа. В 1908 г. в Зальцбурге состоялся I Международный психоаналитический конгресс, объединивший сторонников психоанализа. В 1909 г. начал выходить первый психоаналитический журнал. Его издателями выступали Блейлер и Фрейд, редактором – Юнг.

В том же году по случаю двадцатилетнего юбилея Университета Кларка в Вустере (штат Массачусетс, США) Фрейд был приглашен его президентом Стэнли Холлом принять участие в торжествах и прочитать ряд лекций. Вместе с ним в Америку отправились Карл Юнг и Шандор Ференци. Трое путешественников прибыли в Нью-Йорк 27 сентября 1909 г. Ступив на американскую землю, Фрейд произнес знаменитую фразу: «Они и не подозревают, что я привез им чуму!»

В Вустере Фрейд прочитал на немецком языке пять лекций перед аудиторией, которая слушала его очень внимательно, несмотря на то что многие были разочарованы отсутствием пикантных откровений на сексуальную тему. В лекциях Фрейд кратко обрисовал историю происхождения психоанализа, основные результаты исследований сновидений, остроумия и ошибочных действий, теорию сексуально-

сти и психотерапевтические методы. Текст лекций был опубликован год спустя в «Американском психологическом журнале».

Обнадеживающей была и встреча с Уильямом Джемсом, который произвел на Фрейда большое впечатление, а на прощание сказал: «Будущее психологии зависит от вашей работы». Университет Кларка присвоил Фрейду звание почетного доктора, что глубоко тронуло его: это было первое официальное признание его работы.

Последующие годы характеризовались противоречивыми тенденциями. Консолидации психоаналитического сообщества сопутствовали начавшиеся распри, приведшие к отходу от психоанализа некоторых недавних сподвижников Фрейда. В 1911 г. последовал разрыв с А. Адлером, который Фрейд очень болезненно переживал. Вскоре ряды психоаналитического движения покинул Юнг. Теоретические расхождения и впоследствии порождали постоянные противоречия в стане психоаналитиков.

Фрейду и самому приходилось вносить коррективы в свою теорию. События Первой мировой войны продемонстрировали ограниченность объяснительных принципов психоанализа. Военные, вернувшиеся из окопов, терзались совсем иными переживаниями, чем венские буржуа конца XIX в. Фиксация новых пациентов Фрейда на психических травмах, связанных с тем, что им пришлось заглянуть в глаза смерти, послужила основанием версии об особом влечении, не менее сильном, чем сексуальное, – влечении к смерти. Это влечение Фрейд обозначил древнегреческим понятием Танатос – как антипод Эросу – силе любви.

Наряду с социальными обстоятельствами у Фрейда имелись и личные мотивы обращения к этой проблеме. Страстный курильщик, выкуривавший до 20 сигар в день, он был поражен раком гортани. Мужественно перенося одну операцию за другой, он продолжал упорно работать. Его идеи обретали все большее признание, к ним с интересом относились многие выдающиеся деятели культуры, с которыми Фрейд часто встречался, вел оживленную переписку.

В 1933 г. после прихода в Германии к власти нацистов началось свертывание психоаналитического движения в Европе. Во время печально известного книжного аутодафе в Берлине труды Фрейда как «еврейская порнография» были подвергнуты публичному сожжению «во имя благородства человечества». Фрейд горько пошутил по пово-

ду прогресса человечества: «В прежние времена они сожгли бы меня, а теперь сжигают лишь мои книги». Впрочем, там, где жгут книги, как правило, кончают тем, что сжигают людей. Именно такая судьба постигла впоследствии сестер Фрейда.

В первый же день после присоединения Австрии к нацистской Германии Фрейд был заключен под домашний арест, его квартира подвергнута обыску, а дочь Анна вызвана на допрос в гестапо. Казалось, судьба ученого предрешена. Однако стараниями влиятельных последователей после уплаты выкупа в 100 000 австрийских шиллингов Фрейду вместе с женой и дочерью Анной было разрешено покинуть Австрию. Семья обосновалась в Лондоне, где, несмотря на прогрессировавшую болезнь, Фрейд продолжал напряженно работать, встречался с деятелями науки и искусства, в частности с Сальвадором Дали. Однако мучения становились нестерпимыми. 23 сентября 1939 г. личный врач Фрейда Макс Шур по его просьбе оборвал его страдания двумя отравляющими уколами. Концепция Фрейда по сей день вызывает противоречивые суждения и оценки. Однако не подлежит сомнению та исключительная роль, которую венский мыслитель сыграл в становлении наук о человеке, в том числе и в клинической психологии.

Несмотря на критику в свой адрес, недостаток научной строгости и некоторую методологическую слабость, фрейдовский психоанализ продолжает оставаться влиятельной силой в современной психологии. В 1929 г. Е. Дж. Боринг писал в своем учебнике под названием «История экспериментальной психологии» *(A history of Experimental Psychology),* что психология не может выставить ни одного мыслителя ранга Дарвина или Гельмгольца. Двадцать один год спустя, во втором издании того же учебника, он пересмотрел свое мнение. Характеризуя произошедшие за это время в психологии события, с чувством неприкрытого восхищения Фрейдом он пишет: «Теперь мы с уверенностью можем оценить его как величайшего новатора, подлинного проводника духа времени, сумевшего достроить здание психологии, введя в нее принцип бессознательного... Вряд ли кому в течение, по крайней мере, последующих трех столетий удастся написать историю психологии без упоминания имени Фрейда. А это и есть подлинный критерий величия: посмертная слава» (Boring, 1950. P. 707, 743).

Любовь, дружба, потребность в обществе и все социальные чувства очень сложны и состоят из множества различных элементов. По моему мнению, это – большое преувеличение все всегда привязывать самым непосредственным образом к половым инстинктам, к удовольствию от контакта. По крайней мере, в наших сложных сообществах они зависят от многих сложных психологических явлений.

Пьер Жане

В интеллектуальной истории взрыв, произведенный Фрейдом, может быть сравним лишь с открытиями Дарвина, сделанными несколькими поколениями раньше. Интеллектуальный воздух, которым мы дышим, насыщен категориями учения Фрейда.

Поль Розен

Психоанализ, представляемый в качестве нового метода лечения некоторых неврозов, на самом деле лишь опошляет, унижает, разрушает. Бессознательное являет собой лишь поле руин, где откладываются все нечистоты разума. Такова доктрина еврея Фрейда, которая может быть принята лишь нацией ненормальных и произвести фурор только в обществе, где все помыслы разума угасли и жизнь разворачивается между двумя полюсами: от борделя до дома умалишенных, проходя через биржу.

Альфонсо Петруччи

Зигмунд Фрейд – великий подвиг одного, отдельного человека – сделал человечество более сознательным; я говорю более сознательным, а не более счастливым. Он углубил картину мира для целого поколения; я говорю углубил, а не украсил. Ибо радикальное никогда не дает счастья, оно несет с собою только определенность. Но в задачу науки не входит убаюкивать вечно младенческое человеческое сердце все новыми и новыми грезами; ее назначение в том, чтобы научать людей ходить по жесткой нашей земле прямо и с поднятой головою.

Стефан Цвейг

Таковы лишь некоторые из множества противоречивых суждений и оценок, которых удостоились психоанализ и его создатель. Однако сам пафос полемики вокруг имени Фрейда, не стихающей и по сей день, свидетельствует о том, что из всех психологов именно Фрейду принадлежит определяющее влияние на общественное сознание прошлого, да и нынешнего столетия. Несомненны заслуги Фрейда в развитии и психоинтервенционной традиции в клинической психологии, о которой мы будем говорить ниже, поскольку его психоанализ – это и психотерапия.

Говоря о психодинамической традиции в развитии клинической психологии, конечно, следует сказать, хотя бы кратко, о заслугах и некоторых «вероотступниках» от психоанализа, прежде всего о К.Г. Юнге и А. Адлере.

Сам Фрейд одно время считал *Карла Густава Юнга (1875–1961)* своим приемным сыном и наследником психоаналитического движения, преемником и кронпринцем. После того, как их дружба полностью распалась в 1914 г., Юнг начал разрабатывать собственный вариант аналитической психологии, как он ее называл, полностью противоположный фрейдовской системе.

Страницы жизни. Карл Юнг родился и вырос в маленькой деревушке на севере Швейцарии, неподалеку от знаменитого Рейнского водопада. По его собственному признанию, детские годы были наполнены чувством одиночества, отсутствием взаимопонимания и счастья. Его отец был священником, утратившим веру, унылым и подверженным постоянным сменам настроения. Мать страдала от эмоциональных расстройств и отличалась крайне неустойчивым поведением. Она могла почти мгновенно превратиться из довольной жизнью домохозяйки в сущего демона, бормочущего про себя нечто невразумительное. Понятно, что такой брак не мог быть счастливым. С ранних лет Юнг научился не доверять до конца ни одному из родителей, а затем – не доверяться и внешнему миру вообще. Вместо этого он обратился к миру внутреннему, миру снов, видений и фантазий, миру бессознательного. Сновидения и бессознательное, а не рациональный мир сознания, стали главным событием его детских лет, а затем и всей жизни. В критические периоды жизни Юнг всегда прислушивался не столько к доводам рассудка, сколько к голосу подсознания, выраженному в сновидениях. Когда он готовился к поступлению в университет, ему привиделся сон, сыгравший существенную роль в определении его судьбы. Ему приснилось, что он выкапывает из земли кости доисторических животных. Юнг истолковал сон как предзнаменование, направляющее его на изучение природы и естественных наук. Именно этот сон вкупе с детским видением, когда он в возрасте трех лет мысленно очутился в некой подземной пещере, предопределили его подход к теории личности. Он должен заниматься изучением бессознательных сил, лежащих под поверхностью сознания и рассудка.

Юнг поступил в университет г. Базеля в Швейцарии и окончил его в 1900 г., получив научную степень по медицине. Он заинтересовался психиатрией, и его первым местом работы стала клиника для душевнобольных в Цюрихе. Директором клиники был Евгений Блёйлер, известный своими работами по шизофрении. В 1905 г. Юнг был приглашен в качестве лектора по курсу психиатрии в Цюрихский университет, но отказался от приглашения, чтобы целиком посвятить себя научным исследованиям и частной практике.

Во время лечебных сеансов он, в отличие от Фрейда, никогда не укладывал пациентов на кушетку, отмечая, что у него нет намерения кого-либо тащить сразу в постель! Вместо этого Юнг усаживал пациента напротив себя в удобное кресло. Юнг впервые познакомился с идеями Фрейда в 1900 г., прочитав работу «Толкование сновидений». Он оценил книгу как подлинный шедевр. В 1906 г. между ним и Фрейдом началась переписка, а год спустя он приехал к Фрейду в Вену. Во время первой встречи они с большим воодушевлением беседовали в течение 13 часов. Впоследствии эта симпатия вылилась в дружбу, переросшую в отношения, подобные отношениям отца и сына. В 1909 г. Юнг сопровождал Фрейда во время его поездки в Соединенные Штаты в университет Кларка, где он, как и Фрейд, выступал с лекциями.

В отличие от большинства учеников Фрейда, Юнг состоялся как профессионал еще до встречи с Фрейдом. Возможно, именно поэтому он был наименее впечатлительным, меньше поддавался внушению и давлению авторитета, нежели более молодые психоаналитики, большинство из которых примкнуло к психоаналитическому семейству сразу после окончания университета или медицинской школы. В критические периоды жизни Юнг всегда прислушивался не столько к доводам рассудка, сколько к голосу подсознания, выраженному в сновидениях.

Если Фрейд характеризует либидо преимущественно в терминах сексуальной сферы, то для Юнга это жизненная энергия вообще, в которой секс присутствует только как один из компонентов. По Юнгу, базовая жизненная энергия либидо проявляется в росте и размножении, а также в других видах деятельности – в зависимости от того, что в данный момент времени является наиболее важным для конкретного человека.

Юнг отвергал фрейдовское понятие Эдипова комплекса. Он объяснял привязанность ребенка к матери чисто житейскими потребностями ребенка и способностью матери их удовлетворять. По мере роста ребенка у него появляются сексуальные потребности, которые накладываются на прежде доминировавшие потребности в еде. Юнг высказал предположение, что энергия либидо приобретает гетеросексуальные формы лишь в пубертатный период. Он не отрицал напрочь наличия сексуальных сил в детском возрасте, однако свел сексуальность до положения лишь одного из многих влечений в психике.

Жизненный опыт Юнга, несомненно, наложил существенный отпечаток на его воззрения. Мы уже отмечали ту роль, которую его интерес к бессознательному сыграл в определении профессионального призвания. Что же касается секса, то и здесь можно проследить влияние биографических моментов. Юнг не использовал в своей концепции понятие Эдипова комплекса потому, что таковой опыт отсутствовал в его собственных детских переживаниях. Он отзывался о своей матери как о женщине излишне полной и непривлекательной, а потому и никак не мог понять, на каком основании Фрейд утверждал, будто каждый мальчик испытывает в детстве сексуальное влечение к собственной матери.

В отличие от Фрейда, у Юнга не было никаких проблем, связанных со сферой секса. Он также не делал, в отличие от Фрейда, попыток ограничить свою половую жизнь. У него были сексуальные связи с женщинами-пациентками и ученицами, длившиеся многие годы.

Еще одно существенное различие между позициями Фрейда и Юнга касается представления о направленности сил, определяющих личность человека. С точки зрения Фрейда, человек есть продукт своих детских переживаний. Для Юнга же человек определяется не только прошлым, но в равной мере и своими целями, ожиданиями и надеждами на будущее. По его мнению, формирование личности вовсе не завершается к пяти годам. Человек может меняться и, подчас, довольно значительно, на протяжении всей своей жизни.

Третье различие между позициями Фрейда и Юнга заключается в том, что Юнг попытался проникнуть в область бессознательного глубже, чем это удалось Фрейду. Он добавил еще одно измерение в понимание бессознательного: врожденный опыт человечества как вида, унаследованный им от своих животных предков (коллективное бессознательное).

Юнг выделял два уровня бессознательного. Непосредственно под уровнем сознания находится личное бессознательное, состоящее из всех воспоминаний, импульсов и желаний, нечетких восприятий и другого личного опыта, подвергшегося вытеснению или просто забытого. Этот уровень бессознательного не слишком глубок, находящиеся там события легко могут быть восстановлены в сознании.

Содержание личного бессознательного сгруппировано в определенные тематические комплексы: эмоции, воспоминания, желания и тому подобное. Данные комплексы проявляются в сознании в виде определенных доминирующих идей – идеи силы или идеи неполноценности – и таким образом оказывают влияние на поведение. Комплекс предстает чем-то вроде маленькой личности внутри личности человека как целого.

Ниже уровня личного бессознательного лежит более глубокий уровень – коллективное бессознательное, неизвестное индивиду и содержащее в себе аккумулированный опыт прошлых поколений, включая и животных предков. Коллективное бессознательное содержит в себе универсальный эволюционный опыт и составляет основу личности человека. Важно отметить, что опыт, находящийся в коллективном бессознательном, является действительно бессознательным. Мы не можем осознать его, каким-либо образом вспомнить, как это возможно с содержанием личного бессознательного.

Врожденные тенденции внутри коллективного бессознательного, получившие название *архетипов,* являются внутренними детерминантами психической жизни человека. Они направляют действия человека в определенное русло, в чем-то схожее с тем, каким образом вели себя в подобных ситуациях наши животные предки. Архетипы обнаруживают себя в сознании в виде эмоций и некоторых других психических явлений. Они обычно связаны с такими важнейшими моментами жизненного опыта, как рождение и смерть, основные стадии жизненного пути (детство, юность), а также реакции на смертельную опасность.

Юнг исследовал мифологию и художественное творчество ряда древнейших цивилизаций, выявляя лежащие в их основе архетипические символы. Оказалось, что существует значительное количество таких символов, которые присущи всем архаическим культурам, даже таким, которые были столь разделены во времени и пространстве, что

прямой контакт между ними был заведомо невозможен. Ему удалось обнаружить в сновидениях пациентов нечто такое, что он посчитал следами подобных символов. Это еще более укрепило Юнга в приверженности идее коллективного бессознательного.

Четыре таких архетипа встречаются чаще других – это персона, анима и анимус, тень и *Я*.

Персона – это та маска, которую каждый из нас надевает, общаясь с другими людьми. Она представляет нас такими, какими мы хотим, чтобы нас воспринимало общество. Персона может не совпадать с подлинной личностью индивида. Понятие персоны у Юнга аналогично понятию ролевого поведения в социологии, когда мы поступаем так, как, по нашему предположению, другие люди ожидают, чтобы мы действовали в тех или иных ситуациях.

Архетипы *анима* и *анимус* отражают предположение Юнга, что каждый человек несет в себе определенные психологические характеристики противоположного пола. Анима отражает женские (феминные) черты в мужском характере, а анимус – мужские (маскулинные) характеристики в женском. Как и большинство других архетипов, пара берет начало в наиболее глубинных, примитивных слоях от предков человека, когда мужчины и женщины усваивали определенные эмоциональные и поведенческие тенденции противоположного пола.

Архетип *тени* – это некая обратная, темная сторона *Я*. Она наиболее глубоко укоренена в животном прошлом человека. Юнг считал ее своеобразным наследием низших форм жизни. Тень представляет собой совокупность всех наших аморальных, неистовых, страстных, абсолютно неприемлемых желаний и поступков. Юнг писал, что тень подталкивает нас совершить нечто такое, чего мы в нормальном состоянии никогда себе не позволим. Когда с нами случается нечто подобное, мы склонны объяснять происшедшее тем, что на нас *нечто* нашло. Это «нечто» и есть тень, наиболее примитивная часть нашей природы. Однако тень имеет и свою позитивную сторону. Она – источник спонтанности, творческого порыва, внезапных озарений и глубоких эмоций, без чего нормальная, полноценная человеческая жизнь невозможна.

Наиболее важным архетипом Юнг считал *Я*. Сочетая и гармонизируя все аспекты бессознательного, Я создает единство и стабильность личности. Таким образом, задача *Я* – интеграция различных подсис-

тем личности. Юнг сравнивал *Я* с порывом или стремлением самоактуализации, что определяет гармоничность и целостность, наиболее полное раскрытие возможностей личности.

По его убеждению, самоактуализации можно достичь лишь в среднем возрасте, а потому этот возраст (между 35 и 40 годами) Юнг рассматривал как критический период для личностного развития – рубеж, на котором личность претерпевает глубокие и благотворные преобразования. Во взглядах Юнга также можно усмотреть автобиографические моменты: именно в этом возрасте сам Юнг смог достичь целостности своего *Я* вслед за преодолением невротического кризиса. Таким образом, для Юнга наиболее важным этапом личностного развития является отнюдь не детство, как у Фрейда, а напротив, зрелое время, когда он сам прошел через душевный кризис и смог преодолеть его.

Психологические типы. Юнговские понятия интроверзии и экстраверзии в наши дни широко известны. Экстраверты – это люди, которые направляют либидо (жизненную энергию) вовне, на внешние события и других людей. Они обычно подвержены воздействию окружения, легко приспосабливаются к обществу, в котором живут, и увереннее в себе в широком диапазоне различных ситуаций. У интровертов либидо направлено на внутренний мир. Такие люди склонны к созерцательности, интроспекции. Они мало поддаются внешним влияниям, менее уверены во взаимоотношениях с другими людьми и внешним миром и менее социально приспосабливаемы, нежели экстраверты. В каждом человеке такие полярные типы, как правило, сосуществуют, однако один из них доминирует. Тем не менее доминирующий тип реакции в определенной степени зависит от ситуации. Например, обычно интровертированный человек может оказаться достаточно социально гибким в ситуации, затрагивающей его интересы.

Альфреда Адлера (1870–1937) называют первым провозвестником социально-психологической формы психоанализа, поскольку он отошел от фрейдовского круга еще в 1911 г. В созданной им концепции главную роль играют социальные факторы. К тому же он – единственный психолог, именем которого был назван струнный квартет.

Страницы жизни. Альфред Адлер родился в обеспеченной семье в одном из пригородов Вены. Его детские годы прошли под знаком постоянных болезней, зависти по отношению к старшему брату и пол-

ного неприятия со стороны матери. Сам себя он считал слабым, тщедушным и непривлекательным. Он ощущал большую близость с отцом, нежели с матерью, и потому, как и Юнг, впоследствии не принял фрейдовской концепции Эдипова комплекса, поскольку сам его в детстве не испытал. Ребенком он тратил много сил на то, чтобы завоевать признание и популярность в среде сверстников. Став старше, он сумел добиться высокой самооценки и был оценен по достоинству окружающими, чего ему так не хватало в собственной семье.

Поначалу Адлер был настолько слабым учеником, что, по мнению учителя, мог рассчитывать в будущем только на место подмастерья сапожника. Однако благодаря усердию и настойчивости, он сумел стать одним из первых учеников в классе. Он смог преодолеть свои многочисленные академические и социальные недостатки и комплексы, так что сам вполне может считаться хрестоматийным примером своей же собственной теории, созданной им впоследствии. В развитии личности существенную роль играет компенсация личных слабостей и недостатков. Лежащее в основе его системы чувство неполноценности является прямым наследием детских лет, в чем и сам Адлер охотно признавался.

В возрасте четырех лет, едва оправившись от смертельно опасной пневмонии, Адлер решил, что станет врачом. Он получил медицинское образование и свою первую научную степень в Венском университете в 1895 г. После специализации в офтальмологии и практики по общей медицине он стал заниматься психиатрией. В 1902 г. Адлер присоединился к еженедельным заседаниям психоаналитического дискуссионного кружка на правах одного из четырех членов-основателей. Хотя он и был близким сотрудником Фрейда, личные отношения между ними так и не сложились. Фрейд однажды даже отозвался об Адлере как о зануде.

В течение нескольких последующих лет Адлер развивал свой вариант психоанализа, существенно отличавшийся от фрейдовской системы по целому ряду пунктов. Он также позволял себе открыто критиковать Фрейда за переоценку роли сексуальных факторов. В 1910 г. Фрейд предложил кандидатуру Адлера на пост президента Венского психоаналитического общества, видимо, чтобы уладить имевшиеся между ними разногласия. Однако уже в 1911 г. неизбежный разрыв состоялся. Расставание было довольно драматичным. Адлер назвал

Фрейда мошенником, а психоанализ – мерзостью и непристойностью. Фрейд тоже не остался в долгу и охарактеризовал Адлера как ненормального человека, свихнувшегося на почве собственных амбиций.

Во время Первой мировой войны Адлер служил врачом в австрийской армии. Позже он организовал детскую клинику в рамках венской школьной системы. В 1920-е гг. его социально-психологическая система, которую он сам называл индивидуальной психологией, привлекла большое число последователей. В 1926 г. Адлер совершил несколько визитов в Соединенные Штаты и через 8 лет получил приглашение занять должность профессора медицинской психологии в медицинском колледже Лонг-Айленда в Нью-Йорке. Умер он в Абердине (Шотландия) во время одного из напряженных лекционных турне.

Фрейд в ответ на выражение сожалений по поводу смерти Адлера писал, что он не понимает симпатий к Адлеру, поскольку для еврейского мальчика из пригорода Вены умереть в Абердине – неслыханная карьера; мир более чем щедро вознаградил его за усилия по подрыву психоанализа.

Индивидуальная психология. По убеждению Адлера, поведение человека определяется в первую очередь не биологическими, а социальными факторами. Он ввел понятие социального интереса, определяя его как врожденный потенциал, нацеленный на кооперацию с другими людьми и на достижение личных и общественных целей. Подобный интерес развивается в детстве, по мере накопления опыта. В противоположность Фрейду, Адлер минимизировал роль сексуальных сил в формировании личности и сконцентрировался в большей степени не на бессознательном, а на сознательных факторах поведения. Если Фрейд полагал, что поведение определяется преимущественно прошлым, то Адлер подчеркивал значение наших целей на будущее. Борясь за достижение целей или ожидая наступления некоторых событий в будущем, мы тем самым оказываем влияние на свое нынешнее поведение. Например, человек, который живет в постоянном ожидании вечного проклятия после смерти, неминуемо будет вести себя иначе, чем тот, у которого таких ожиданий нет.

Если Фрейд подразделял личность на несколько частей *(ид, эго* и *супер-эго),* то Адлер, наоборот, всячески подчеркивал единство и согласованность личности. В основе его концепции – представление о единой движущей силе, лежащей в основе структуры личности и на-

правляющей все ее ресурсы на достижение самой главной цели, придающей смысл всему существу личности. Такой целью, по его мнению, является стремление к превосходству или самоутверждению. Именно эта цель подчиняет себе все движение к более полному развитию и осуществлению реализации нашего *Я*. Адлер был убежден, что данное стремление к превосходству является врожденным фактором, его следы легко можно обнаружить во всех аспектах проявления личности.

Чувство неполноценности. Адлер не принимал утверждения Фрейда о том, что только секс составляет первичный, базовый уровень мотивации. Он высказал предположение, что подлинной движущей силой личности является генерализованное чувство неполноценности (как это было в его собственной жизни). Первоначально Адлер относил чувство неполноценности к телесным недостаткам. Ребенок с наследственными органическими недостатками попытается их компенсировать за счет более интенсивного развития дефектной функции. Ребенок-заика при помощи речевой терапии может стать великим оратором, ребенок со слабыми конечностями после интенсивных физических упражнений становится хорошим атлетом или танцором.

Позднее Адлер расширил понятие неполноценности, включив в него все виды физических, душевных или социальных недостатков – реальных или мнимых. Он также полагал, что слабость и беспомощность ребенка, его зависимость от окружающей обстановки ведет к появлению чувства неполноценности, столь знакомого каждому человеку. Ребенок осознает свою неполноценность и необходимость преодолеть недостаток, но при этом им движет врожденное стремление к превосходству. В итоге такой процесс волей-неволей направляет индивида ко все большему совершенству и реализации.

Чувство неполноценности может оказывать и положительное воздействие как на уровне индивида, так и на уровне социума, поскольку именно с ним связано постоянное стремление к превосходству. Однако если в детские годы в ответ на чувство неполноценности ребенок наталкивается на слишком мягкое или излишне жесткое отношение, у него в результате может появиться некое аномальное компенсаторное поведение. Неспособность в достаточной мере компенсировать чувство неполноценности может привести к развитию комплекса неполноценности, а затем к серьезным жизненным проблемам.

Стиль жизни. По Адлеру, борьба человека за превосходство носит всеобщий характер, но при этом возможны разные способы достижения поставленной цели. Мы по-разному осуществляем эту борьбу, что приводит в итоге к появлению уникальных, свойственных только данному человеку методов или форм, которые Адлер назвал стилем жизни. Стиль жизни включает в себя те характерные поведенческие типы или приемы, при помощи которых мы компенсируем свою неполноценность (реальную или мнимую). В нашем примере с ребенком, у которого присутствуют телесные недостатки, такой стиль включал бы в себя занятия спортом, что в итоге должно привести к развитию физической силы и выносливости.

Стиль жизни обычно формируется уже к 4–5 годам и в дальнейшем с трудом поддается каким-либо изменениям. Он как бы задает рамки для восприятия и упорядочивания всего доступного жизненного опыта. И вновь мы видим, что Адлер, как и Фрейд, подчеркивает важность раннего периода жизни, но, в отличие от Фрейда, настаивает на том, что мы способны сознательно формировать свой стиль жизни – наше собственное *Я*.

Творческая сила «Я». Концепция творческой силы *Я* составляет, безусловно, вершину и кульминацию всей его теории. Адлер высказал предположение, что мы можем сами формировать свою личность в соответствии с собственным уникальным стилем жизни. Эта творческая сила составляет активный принцип человеческого существования. Ее можно уподобить традиционному понятию души. Мы строим свое поведение на основе определенных способностей и того жизненного опыта, которым обладаем благодаря нашей наследственности и влиянию окружающей среды. Но именно от нас зависит, как именно воспринимать и истолковывать этот опыт, что, собственно, и создает основу нашего стиля жизни. А это значит, что мы способны сознательно влиять на формирование собственной личности и судьбу. Адлер считал, что скорее мы сами определяем свою судьбу, нежели оказываемся объектом воздействия прошлого опыта.

Комментарии. Концепция Адлера была с пониманием встречена теми, кого не удовлетворял выстраивавшийся во фрейдовской теории образ человека как существа, у которого доминируют сексуальные мотивы, а все самое главное происходит только в детстве. Конечно же, нам куда приятнее считать, что мы в состоянии сознательно контроли-

ровать собственное поведение вне зависимости от генетических ограничений и особенностей детского периода жизни. В целом, Адлер давал удовлетворительный и оптимистичный взгляд на природу человека.

Однако и на его долю хватало критиков. Многие психологи считали его построения поверхностными и основанными всего лишь на здравом смысле, хотя другие, напротив, видели в нем проницательного и талантливого теоретика. По мнению Фрейда, система Адлера слишком проста. Чтобы освоить психоанализ, может потребоваться целых два года, поскольку он довольно сложен, адлеровские же идеи можно «освоить за две недели, потому что здесь нет необходимости знать столь уж много». Адлер немедленно согласился с такой оценкой. Именно в этом все и дело: ему потребовалось целых сорок лет, чтобы сделать свою систему столь простой!

Психоинтервенционная традиция. Психоинтервенционная традиция была заметна уже в недрах французской клинической психологии, например в клинике Шарко и Жане. В то же время Хьюго Мюнстерберг начал работать над своей книгой «Психотерапия», которая вышла в 1909 г. Мюнстерберг лечил пациентов в лаборатории, а не в клинике, и не назначал плату за лечение. Он полагался на свою репутацию и никогда не скрывал от своих пациентов, какие методы лечения будут применяться. Психические болезни, считал Мюнстерберг, возникают из-за неспособности человека приспособить свое поведение к окружающей обстановке и в результате скрытых конфликтов в подсознании. Терапевтический метод Мюнстерберга заключался в том, чтобы убрать беспокоящие пациента мысли, избавить его от нежелательных привычек, заставить забыть о негативных эмоциях, научить успешно справляться с рядом проблем, включая алкоголизм, наркозависимость, галлюцинации, навязчивые мысли, фобии и сексуальные расстройства. Первое время он прибегал к гипнозу как методу, но после того, как одна женщина пригрозила застрелить его, Мюнстерберг отказался от гипноза. Эта история попала в газеты, и мэр Гарварда потребовал от Мюнстерберга прекратить гипнотизировать женщин.

Книга Мюнстерберга «Психотерапия» привлекла широкое внимание общественности к проблемам клинической психологии, но не была принята Уитмером, который незадолго до этого открыл свою клинику в Пенсильванском университете. В одной из статей, написанной для журнала «Психологическая клиника», Уитмер жаловался, что

Мюнстерберг «унижает» профессию, рекламируя методы психотерапевтического лечения, он производит впечатление какого-то гипнотизера, «уж слишком бойко действует этот профессор психологии из Гарварда, будто вылечил в своей психологической лаборатории не одну сотню всевозможных нервных заболеваний».

Значительный вклад в развитие психоинтервенционной традиции внес *Пьер Жане (Pierre Janet, 1859–1947)* – гигант французской психологии, который до глубокой старости оставался энергичным и активным, человеком без догм. Как врач он занимался больными истерией. В 30 лет Жане (1889) пишет докторскую диссертацию «О психологическом автоматизме». Затем Жане отправляется к великому Шарко в Париж, в клинику Сальпетриери, где вскоре становится директором лаборатории патологической психологии. Многочисленные тома свидетельствуют о тысячах его наблюдений в течение сорока лет. Жане объясняет: «Ограничение себя только специальными областями никогда не является добрым делом, а в случае психологии это может иметь необратимые последствия, поскольку психология касается всего. Она универсальна, всюду имеются психологические факты».

Важными являются идеи Жане о том, что акты поведения (действия) человека не являются равноценными, а скорее разноуровневыми. Идея, которая разрабатывалась в наше время, но уже экспериментально-психологически М.С. Роговиным (1974, 1977) и его учениками в рамках структурно-уровневого подхода к психике человека (Г.В. Залевским, А.В. Соловьевым, Л.П. Урванцевым и др.).

П. Жане предпринял попытку создания всеобъемлющей структурно-уровневой концепции; в ней традиционное деление психических процессов было заменено рядом новых категорий, содержание которых раскрывалось в рамках разработанной им системы. Эта система началась с его первой большой работы «Психический автоматизм» (1889), затем продолжена в других работах (1929). Теория Жане имеет биолого-психологический характер, и ее можно было бы обозначить как теорию «функциональных уровней». Уровни, по Жане, – это поведенческие акты различной степени сложности, прослеживаемые от низших к высшим. *Первый уровень – рефлекторный* с высокой степенью интенсивности внешней стимуляции. *Второй уровень – «перцептивного» действия*, т.е. актов поведения, обусловленных сложными целостными внешними объектами. *Третий уровень* Жане обозначает

как *социально-психологический* (точнее было бы назвать его коллективно-психологическим); здесь поведение индивида начинает регулироваться его отношением к другим индивидам. *Четвертый уровень – интеллектуальный*, на котором уже совершаются элементарные действия по созданию и использованию продуктов труда. Этот уровень характеризуется свойством обратимости операций (идея, разработанная впоследствии в генетическом плане учеником Жане Ж. Пиаже, не менее знаменитым, чем его учитель). Далее следуют *пятый* и *шестой уровни* действия, обусловленные непосредственной верой и размышлением; под *пятым* Жане имеет в виду *влияние со стороны языка*, под *шестым – логические операции*. Седьмой уровень – это уровень *экспериментальных действий* и сознательного использования прошлого опыта. *Восьмой* – уровень действий, связанный с *осознанием случайности, свободы и прогресса*. Взаимоотношение действий, относимых к каждому уровню, составляет в конечном итоге личность, индивидуальность человека. *Последние уровни, по Жане, носят открытый характер.*

Работы Жане основывались на тщательном психопатологическом анализе и на изящных клинических приемах; в то же время он явно недооценивал роль более строгого психологического эксперимента. Клинические же интересы П. Жане, как известно, находились в области неврозов и прежде всего истерии, где ему пришлось соперничать с З. Фрейдом, который, как и Жане, осваивал эту проблему, «старую, как и само человечество», этот «кошмар врачей и психиатров» (Henri-Jean Barraud, 1972) у «Наполеона неврозов» Жана Мартена Шарко.

Следует отметить и вклад в развитие клинической (медицинской) психологии и немецкого психиатра *Эрнста Кречмера (Ernst Kretschmer, 1888–1964).*

При упоминании имени Э. Кречмера обычно возникают ассоциации с учением о конституции, телесных и психических типах, которое и сегодня достаточно влиятельно. Меньше известно о его значении как психиатра, медицинского психолога и психотерапевта. Что же объединяет внутренне его исследования, так это усилия, которые в процессе всей жизни были сконцентрированы на медицинской психологии как теоретической и психотерапевтической системе, которую можно было бы распространить на весь спектр душевных аномалий и болезней, а исходя из этого – определить перспективы относительно общественной

и культурной жизни. Действительно заманчивое, но вряд ли осуществимое одним человеком намерение (Kretschmer, 1989. P. 922).

Разумеется, такие масштабные задачи могла ставить перед собой и масштабная личность, каковой и был Э. Кречмер, родившийся в 1888 г. в местечке Вюстенрот в семье протестантского священника. Он получил гуманитарное образование в протестантском семинаре в Вюртемберге, чтобы затем стать теологом. В 1906 г. он получил стипендию известного поощряющего развитие талантов Фонда в Тюбингене, где в течение года изучал философию. Но поскольку ему были узки рамки конфессионального мышления, он обратился к изучению медицины. Э. Кречмер был многосторонне талантлив. Помимо успешного овладения медициной, он играл на скрипке, неплохо пел классические песни, рисовал, особенно ему удавались юмористические картины, а также писал для тюбингенского театра сатирические пьесы. Студенческий город Тюбингем того времени очень располагал к участию в живых дискуссиях о религии, философии и художественной литературе. Это не мешало Эрнсту быть прекрасным наездником и любителем природы. Все это – не просто «биографическое украшение», таланты и всесторонняя активность молодого человека стали, несомненно, предпосылкой к развитию его как ученого.

Интерес к психиатрии пробудился у него к концу обучения под влиянием его учителя К. Гауппа, который в немецкой психиатрии, наряду с Блейлером, представлял «психологически понимаемое» направление. Изучая психиатрию в Мюнхенском университете, молодой ученый слушал лекции Э. Крепелина, на которые съезжались студенты со всей Европы, в их числе был и англичанин Эрнст Джонс, позже один из видных представителей психоаналитической школы и биограф З. Фрейда. В 1914 г. Э. Кречмер защищает диссертацию под названием «Wahnbildungen und manisch-depressiver Symptomkomplex» («Бредовые образования и маниакально-депрессивный симптомокомплекс»), выполненную под руководством Крепелина. Именно от своего мюнхенского профессора Кречмер усвоил понимание тесной связи психиатрической и психологической проблематики. Известно, что свой первый курс лекций по психиатрии Крепелин начинал «предварительными психологическими замечаниями», учитывая, что «начинающим врачам недостает психологического образования» (1923. Т. 1. С. 4).

От Крепелина Кречмер почерпнул идею определяющей связи душевных болезней с конституциональными особенностями человека. Именно эта идея позже выросла в научную теорию, получившую широкое признание и жесткую критику в среде специалистов и составившую содержательный стержень вышедшей в 1922 г. книги «Медицинская психология»[3]. Содержание его теории было наиболее полно изложено в вышедшей годом раньше книге «Строение тела и характер» (Koerperbau und Charakter... 1921).

Книга стала событием в мировой психологии и психиатрии, была переведена на многие языки, десятки раз переиздавалась,

В 38 лет Кречмер становится профессором психиатрии в Марбурге. Он развивает тему психической жизни выдающихся личностей и в 1929 г. публикует книгу «Гениальные люди». Растет его признание среди медиков и психологов. Его избирают президентом Немецкого общества психотерапевтов. На этом посту его застал приход Гитлера к власти, общество перешло под контроль нацистов, а от членов общества требовалось тщательное изучение «Mein Kampf» Гитлера как доказательство лояльности. Кречмер немедленно ушел в отставку с поста президента, его место занял К. Юнг.

После войны, с 1946 г., Кречмер работал профессором Тюбингенского университета и возглавлял университетскую неврологическую клинику. В 1949 г. была опубликована его книга «Психотерапевтические исследования».

Умер Э. Кречмер 8 ноября 1964 г. А ровно через 10 лет мне посчастливилось познакомиться с его сыном и внуками, побывать в его доме в уютном университетском городке Тюбингене, что на юге Германии в Баден-Вюртемберге. Сын Эрнста Кречмера Вольфганг Кречмер стал профессором невропатологии и психиатрии, продолжил дело отца, а внучка – учителем русского языка, скорее всего, под влиянием отца, который во время Второй мировой войны был врачом, попал в плен, общался и даже лечил русских, довольно бегло говорил по-русски.

«Медицинская психология» Э. Кречмера – книга, замечательная во многих отношениях. Прежде всего это один из первых учебников по

---

[3] В 1975 г. при первой встрече в Тюбингене сын Э. Кречмера Вольфганг подарил мне 14-е издание «Medizinische Psychologie» (1975), а в 1984 г., приехав по моему приглашению в Томск, он подарил мне 26-е издание «Koerperbau und Charakter» (1977).

медицинской психологии, созданный, когда эта область психологической науки только формировалась, не было узаконенных учебными стандартами или авторитетом того или иного профессора структуры и содержания подобного университетского курса в Германии. В.А. Луков отмечает, что именно Кречмер дал образец структуры учебника, который до настоящего времени воспроизводится почти в первоначальном виде современными авторами (1998. С. 448). Хочу уточнить, что в данном случае речь идет об учебниках по медицинской, а не клинической психологии, и учебниках для будущих медиков, написанных в большинстве случаев не психологами, а психиатрами. Однако работа полезна, несомненно, и для клинических психологов-студентов, и для профессионалов в области клинической психологии.

Проблемы психотерапии Кречмер изложил в 16-й главе книги. Здесь он делает акцент на вопросы деонтологии, описывает широкий спектр применяемых им психотерапевтических технологий, известных в то время, – от психогогики, внушения и гипноза до психоаналитических методов.

Что касается конституциональной теории Э. Кречмера, над которой он продолжал работать со своими учениками, включая и его сына, до конца своей жизни, то в оценке ее существует довольно обширная, как критическая (Ясперс, 1913–1997. С. 454–455), так и позитивная литература.

Новый импульс развитию интервенционной традиции в клинической психологии был дан уже в 40–60-е гг. XX столетия, когда своего апогея достигает психоанализ (психоаналитическая терапия), и как реакция неудовлетворения им появляется поведенческая, когнитивная (поведенческо-когнитивная), гуманистическая и гуманистически-экзистенциальная психотерапия.

Следует, прежде всего, остановиться более подробно на клиент-центрированной психотерапии *Карла Роджерса (Carl Rogers, 1902–1987)*. Свою терапевтическую концепцию Роджерс разработал до широкой теории личности и терапии. Он довольно рано начал понимать, что его главная жизненная цель – помогать людям, нуждающимся в духовной поддержке, – может быть достигнута и вне церкви. Он также убедился, что работа психолога – вполне достойное занятие, способное к тому же обеспечить достаточные средства к существованию.

Роджерс пожелал заочно пройти курс психологии в Висконсинском университете. Этот курс основывался главным образом на работах Уильяма Джемса, которые Роджерс, по собственному признанию, нашел скучноватыми. Это, однако, не ослабило его интереса к психологии, и он закончил свое образование в Педагогическом колледже Колумбийского университета. Курс философии он прослушал у Килпатрика, которого нашел блестящим педагогом.

По окончании университета Роджерс поступил на работу в качестве клинического психолога в Центр помощи детям в г. Рочестере (штат Нью-Йорк). Здесь он проработал 12 лет. Его практическая деятельность в известном смысле носила импровизационный характер. Он не примкнул ни к одной психологической школе. Так, посетив двухдневный семинар Отто Ранка, он нашел много привлекательного в его терапевтических приемах, но не в теории. Собственная теория и метод сложились постепенно в процессе работы в Рочестере. От формального, директивного подхода, принятого в традиционной психотерапии, он перешел к иному, который позже назвал терапией, центрированной на клиенте.

До Роджерса психотерапевты работали с пациентами. Роджерс намеренно ввел в научный обиход понятие «клиент». И это была не просто игра слов. За терминологическим изменением лежал коренной пересмотр всей стратегии психотерапии. Ибо пациент – это тот, кто болен и нуждается в помощи, поэтому обращается за ней к профессионалу – психотерапевту. Последний руководит им, направляет его, указывает путь выхода из болезненного состояния. А клиент – это тот, кто нуждается в услуге и полагает, что мог бы сделать это сам, но предпочитает опереться на поддержку психотерапевта. Клиент, несмотря на беспокоящие его проблемы, все же рассматривается как человек, способный их понять. В представлении о клиенте содержалась идея равноправия, отсутствующая в отношениях врача и пациента.

Задача психотерапии – помочь человеку разрешить свою проблему с минимумом инструкций со стороны психотерапевта. Роджерс определял психотерапию как «высвобождение уже наличной способности в потенциально компетентном индивидууме, а не квалифицированную манипуляцию более или менее пассивной личностью». Согласно Роджерсу, индивидуум имеет в себе способность, по крайней мере латентную, понять факторы своей жизни, которые

приносят ему несчастья и боль, и реорганизовать себя так, чтобы преодолеть эти факторы.

Работая в Рочестере, Роджерс написал книгу «Клиническая работа с трудным ребенком» (1939). Книга была встречена одобрительно, и автор получил приглашение занять должность профессора в университете Огайо. Начав свою академическую карьеру с этой довольно высокой ступени, он избежал того излишнего давления, которое, по его мнению, часто мешает начинающим ученым творчески проявить себя. Опыт преподавательской работы, а главное – живой отклик студентов на его идеи вдохновили ученого на более полное и детальное рассмотрение проблем психотерапии в книге «Консультирование и психотерапия» (1942).

В 1945 г. Чикагский университет предоставил Роджерсу возможность создать собственный консультативный центр. Новаторской тенденцией центра было предоставление пациентам (точнее, клиентам) возможности свободного выбора направления терапии. На посту директора центра он работал до 1957 г. В 1951 г. Роджерс опубликовал книгу «Терапия, сфокусированная на клиенте», в которой его принципы нашли наиболее полное отражение. Книга была встречена массированной критикой со стороны терапевтов различных направлений, усмотревших в позиции ученого угрозу традиционным директивным методам. Основные выводы из этой позиции, далеко выходящие за рамки терапевтической тематики, Роджерс изложил в своей наиболее известной книге «Становление личности» (1961), выдержавшей несколько изданий (русский перевод вышел в 1994 г.). Несмотря на настороженное отношение коллег, книга вызвала широкий общественный интерес и, став бестселлером (что не так часто происходит с психологическими трудами), обеспечила автору неплохие гонорары. С чикагским периодом деятельности Роджерса связано и одно серьезное затруднение личного порядка. Работая с одной пациенткой, страдавшей тяжелым расстройством, он настолько проникся ее состоянием, что почти впал в аналогичную патологию. Лишь трехмесячный отпуск и курс психотерапии у одного из коллег позволили ему оправиться и понять необходимость соблюдения известных пределов сопереживания.

С 1963 г. его деятельность была связана с Центром изучения личности (ЛаДжолла, Калифорния). Здесь без назойливой опеки админи-

страции он обрел покой и уверенность, много работал, писал. Всего Карл Роджерс написал 16 книг и свыше 200 статей, его работы переведены на 60 иностранных языков. Свою позицию он подытожил, цитируя Лоа Цзы: *Когда я удерживаюсь от того, чтобы приставать к людям, они заботятся сами о себе. Когда я удерживаюсь от того, чтобы приказывать людям, они сами ведут себя правильно. Если я удерживаюсь от проповедования людям, они сами улучшают себя. Если я ничего не навязываю людям, они становятся собой.*

Подлинный гуманист и демократ Роджерс проявлял большой интерес к событиям, происходившим в России. Осенью 1986 г. он приехал в Москву, выступил перед многочисленной аудиторией психологов, провел терапевтические занятия. Этот уже очень пожилой человек был удивительно бодр и оптимистичен, преисполнен жизненной энергии. Те, кто встречался с ним в Москве, отказывались верить известию о его кончине, которое пришло из Америки год спустя. Еще в конце семидесятых Карл Роджерс говорил: «В детстве я был болезненным ребенком, и отец как-то сказал, что я, наверное, умру молодым. В известном смысле он ошибся: ведь мне уже семьдесят пять. Но в каком-то смысле я готов признать его правоту. Я чувствую себя молодым и надеюсь никогда не стать стариком. Я и правда умру молодым». И он, действительно, умер молодым по своим делам и духу.

Работы Роджерса оказали существенное влияние на общее представление о потенциале человеческой личности. Личностно-ориентированная терапия Роджерса оказала большое влияние на развитие психологии. Эта теория была хорошо встречена психологами прежде всего из-за акцента на личностном начале в человеке.

Поскольку гуманистическая психология, в отличие от психоанализа, основной акцент делала на исследовании психически здоровых людей, а не невротиков, то и подходы этих двух концепций в области психотерапии также оказались различными. Бурный рост гуманистической терапии приходится на 1960-е – 1970-е гг., когда многие миллионы людей записывались в группы встреч, сеансы личностного развития. Почему же гуманистическая психология так и не смогла войти в основной корпус психологических теорий? Многие авторы видят причину в том, что большинство представителей этого направления занимались частной практикой, а не преподаванием в университетах.

В отличие от академических психологов, представители гуманистической психологии сравнительно мало внимания уделяли научным исследованиям. Интересно, что гуманистическая психология – ее достижения и ее лидеры (А. Маслоу, К. Роджерс и др.) – не были упомянуты ни одним из известных европейских психологов, которые отвечали на вопрос журнала «European Psychologist» (2000) о самых значительных достижениях психологии в XX в. За исключением российского участника опроса А.В. Брушлинского (Залевский Г.В., Залевский В.Г., 2000).

К гуманистическому направлению в психотерапии многие относят и гештальттерапию, основоположником которой по праву считается Фриц Перлз (Fritz Perls).

Значителен вклад в развитие клинической психологии и *Виктора Франкла (Viktor Frankl, 1905–1997)*, австрийского психолога, психиатра и психотерапевта. «Каждому времени требуется своя психотерапия», – писал он и предложил психотерапию своего времени – логотерапию. Ему удалось нащупать «тот нерв времени» (Д.А. Леонтьев), тот запрос людей, который не находил ответа, – проблему смысла – и на основе своего жизненного опыта найти простые, но вместе с тем жесткие и убедительные слова. «Упрямство духа» – это его собственная формула. Дух упрям, вопреки страданиям, которые может испытывать тело, вопреки разладу, который может испытывать душа. Хотя Франкл ощутимо религиозен, он избегает говорить об этом прямо, потому что убежден: психолог и психотерапевт должны суметь понять любого человека и помочь ему вне зависимости от его веры или отсутствия таковой. Духовность не исчерпывается религиозностью, поскольку, в конце концов, – говорил он в своей московской лекции, – Богу, если он есть, важнее, хороший ли Вы человек, чем то, верите Вы в него или нет.

После психоанализа Фрейда и индивидуальной психологии Адлера логотерапия Франкла есть «3-е Венское направление психотерапии». В человеческой жизни главным является не страсть (Lust) или власть (Macht), но осуществление смысла – таково кредо психотерапии – логотерапии В. Франкла. Будучи узником концентрационного лагеря он сам был свидетелем человеческих страданий, потерял почти всех близких, пережил это и после освобождения в 1945 г. стал для всего мира примером того, как важно для человека в любой ситуации

«упрямство духа». Об этом он написал в своих книгах (их более 30), переведенных на десятки языков мира. Его первая и главная книга «Сказать жизни «Да». Психолог в концлагере», вышедшая анонимно в 1946 г., а затем в полном авторском издании в 1977 г. и непрерывно переиздававшаяся. В обсуждаемом контексте ближе всего его книги по психотерапии, изданные Институтом имени В. Франкла в Вене: «Психотерапия на практике» (Psychotherapie in der Praxis, 1997), «Психотерапия в обыденной жизни» (Psychotherapie im Allteg, 1998), «Логотерапия и экзистенциальный анализ» (Logotherapie und Existenzialanalyse, 2002) и др.

Среди современных сил в психологии и психотерапии нередко называют трансперсональную психологию. В данном случае мы кратко остановимся на одном из активных сторонников этого направления, внесших свой оригинальный вклад в развитие интервенционной традиции клинической психологии, а именно на Станиславе Грофе.

Станислав Гроф (Stanislav Grof) – чешско-американский психолог, представитель трансперсональной психологии и один из ее основателей, родился в 1932 г. В 1973–1987 гг. работал в Институте «Эсален» (штат Калифорния, США). В этот период вместе с женой Кристиной разработал технику холотропного дыхания – уникальный метод самопознания и личностного роста (правда, начинал с психоанализа и использования ЛСД). Главная идея Грофа, высказанная им в книге «По ту сторону мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии» (1992), – это идея о том, что людьми управляют матрицы (перинатальные матрицы): матрица наивности, или любви (первая матрица), существует с момента зачатия и до начала родовых схваток; матрица жертвы, или «ада» (вторая матрица), – с начала родовой деятельности до момента полного или почти полного прохождения шейки матки, что примерно соответствует первому периоду родов; матрица борьбы, или «чистилища», соответствует периоду потуг (второму периоду родов); матрица свободы (четвертая матрица) – в идеале снова «рай», но бывает, что превращается в «ад», – это время появления ребенка на свет.

Для картографии возникающих переживаний в измененных состояниях сознания при психолитическом целении ученый предложил антропологическую модель, в которой выделены области: сенсорные

переживания, ранние биографические переживания, пренатальные переживания, трансперсональный опыт. Гроф считает, что благодаря сильным переживаниям, связанным со смертью и воскресением, ранними состояниями индивидуальной жизни, встречами со значимыми архетипическими персонами, подключением к «энергиям», происходит достижение человеком психологической целостности.

Гроф действительно затронул некоторые принципиально важные моменты, общие для всех духовных путей и для всех психотерапевтических школ. Акцент – на перинатальной матрице и на том, что первичные впечатления – в момент внутриутробного развития, в момент родов и в самые первые мгновения жизни. Самые первые импринтинги здесь формируют человека и создают определенного рода характерности, идиосинкразии, шоры (возможно, здесь мы обнаруживаем еще одну объяснительную модель, или механизм, зарождения тех форм поведения человека, которые мы обозначили как фиксированные формы поведения (Залевский, 1976–2007), включая редактора реальности. Правда, эти идеи высказывали и до Грофа. Но Гроф пытался это объяснить эмпирическим путем, ассистируя около четырех тысяч сеансов психоделической психотерапии; через его семинары по холотропному дыханию прошли десятки тысяч людей во всех странах мира. Трижды Гроф приезжал и в Россию (Москву).

Несомненно, значительный импульс развития интервенционной традиции в клинической психологии был дан активно развиваемой в 50–70 гг. XX столетия поведенческо-когнитивной психотерапии. Так уж сложилось, что это сегодня одно из самых эффективных, научно фундированных направлений психотерапии и психоконсультирования, которое не имеет одного отца-основателя. К тем, кто внес наибольший вклад в развитие этого направления психотерапии, следует отнести Й. Вольпе, А. Лазаруса, Г.Ю. Айзенка, А. Эллиса, А. Бека (Залевский, 2002, 2006).

Развитие современной клинической психологии по линии психоинтервенционной традиции очень хорошо прослеживается по материалам Всемирного конгресса «Эволюция психотерапии» (см.: Эволюция психотерапии: В 4 т. 1998), а о состоянии современной психотерапии, в том числе и отечественной, можно многое узнать в издаваемой под редакцией Б.Д. Карвасарского «Психотерапевтической энциклопедии».

2.3. Вклад отечественных ученых в развитие клинической психологии

Вклад отечественных ученых (психологов, психиатров и др.) в развитие клинической психологии, причем по линии практически всех указанных выше традиций, значителен. В.М. Бехтерев, А.Ф. Лазурский, С.С. Корсаков, Н.Н. Ланге, А.А. Токарский, Н.А. Бернштейн, И.А. Сикорский и др. привнесли психологию в психиатрические клиники и в психиатрическое образование[4]. Во многом благодаря этому на базе психологических лабораторий сначала в психиатрических больницах, а затем и за их пределами отечественная клиническая психология продолжала развиваться и по линии других традиций: с акцентом на эксперимент (в рамках Московской психологической школы) – патологическая психология (Б.В. Зейгарник, Б.Ф. Поляков и др.), нейропсихология (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия и др.), с акцентом на роль личности, психодиагностику и психотерапию – медицинская (клиническая) психология в рамках Ленинградской (Санкт-Петербургской) психологической школы (В.М. Бехтерев, А.Ф. Лазурский, В.Н. Мясищев, М.С. Лебединский, Б.Д. Карвасарский, Л.И. Вассерман). Большой вклад внесли в развитие отечественной и мировой клинической психологии представители других психологических центров бывшего Советского Союза и России: Д.Н. Узнадзе и его ученики (Тбилиси), В.М. Блейхер, Л.Ф. Бурлачук (Киев), М.С. Роговин и его ученики, к которым относит себя и автор (Ярославль, Томск) и др.

Развитие отечественной патопсихологии, как известно, отличалось наличием прочных естественно-научных традиций. Еще И.М. Сеченов придавал большое значение сближению психологии и психиатрии. В письме М.А. Боковой в 1876 г. он писал, что приступает к созданию медицинской психологии, которую называет своей «лебединой песней». Он писал о психологии: «Наука эта, очевидно, становится основой психиатрии, все равно как физиология лежит в основе патологии тела» (цит. по: Каганов, 1948. С. 101). Однако И.М. Сеченову

[4] Действительно, в России, как и в Германии, врачи-психиатры внесли большой вклад как в развитие клинической психологии, так и в развитие собственно экспериментальной психологии. Однако вряд ли будет корректным утверждение, что «в России экспериментальную психологию разрабатывали врачи-психиатры» (Карвасарский, 2002. С. 279).

не пришлось развить новой отрасли психологии, хотя в русле его идей трудились основоположники патопсихологического направления в России Б.В. Зейгарник и В.М. Бехтерев, организаторы широких экспериментально-психологических исследований нарушений психической деятельности.

В 1927 г. *Блюма Вульфовна Зейгарник (1900–1985)* окончила Берлинский университет. Она успешно защитила диплом, посвященный открытому ею феномену запоминания незавершенных действий. В 1931 г. Зейгарник вернулась на родину и сразу же включилась в научную деятельность. Она работала в психоневрологической клинике Института экспериментальной медицины, став одним из ближайших помощников Л.С. Выготского. 1930-е гг. явились для Зейгарник и временем тяжелых испытаний. Нарастало идеологическое давление на науку, омрачалась политическая и нравственная атмосфера в стране. Безвременная смерть Выготского, по мнению Зейгарник, была отчасти обусловлена этим: в атмосфере огульной критики (легко переросшей в травлю, а затем и в прямые репрессии) он, по ее словам, «сделал все, чтобы не жить», не искал в себе сил бороться с мучившей его болезнью.

В 1938 г. был арестован муж Блюмы Вульфовны. Она осталась одна с малолетним сыном на руках, второй сын родился вскоре после ареста мужа. Он так никогда и не увидел своего отца (тот погиб в застенках Лубянки). Страх, неуверенность в будущем, материальная неустроенность поселились в семье Зейгарник на долгие годы. Среди немногих верных друзей были А.Р. Лурия и С.Я. Рубинштейн. В годы Великой Отечественной войны, эвакуировавшись из Москвы, Зейгарник работала в нейрохирургическом госпитале на Урале. Она принимала активное участие в работе по восстановлению психической деятельности тяжелораненых. В этот период укрепляются ее научные и личные контакты со многими крупнейшими психологами страны – А.Р. Лурией, А.Н. Леонтьевым, А.В. Запорожцем, С.Г. Геллерштейном. Впоследствии она с большим теплом и любовью вспоминала о них, отмечая, что именно в этот период под влиянием общения с психологами школы Л.С. Выготского и оформились ее представления о патопсихологии как особой отрасли знания.

После войны Зейгарник возглавила лабораторию психологии в Институте психиатрии, созданную при ее активном участии. Здесь, в

сотрудничестве с очень небольшим поначалу коллективом единомышленников сформировалась экспериментальная патопсихология как самостоятельная научная дисциплина на стыке общей психологии и психиатрии, продолжая лучшие традиции европейских ученых, которые содействовали появлению первого в Европе «Журнала по патопсихологии» (см. ниже титульный лист первого его выпуска в 1912 г.). И хотя задолго до этого в нашей стране было опубликовано немало трудов по исследованию патологии памяти, внимания, мышления, личности, именно благодаря Зейгарник патопсихология из разрозненной области знания превратилась в особую ветвь науки со своей систематизированной теоретической проблематикой, развернутой программой подготовки кадров, очерченной областью практического приложения.

Теоретические и экспериментальные исследования обобщены Зейгарник в книгах, ставших настольными для любого патопсихолога: «Нарушения мышления у психически больных» (1959), «Патология мышления» (1962), «Введение в патопсихологию» (1969), «Основы патопсихологии» (1973), «Патопсихология» (1976). Интерес к человеку, наблюдательность в сочетании с высоким профессионализмом психолога-клинициста делали Зейгарник исключительно проницательным человеком, понимающим другого при первом взгляде на него. Вслед за мастерами прошлого, для которых при оценке человека было важно все: походка, речь, взгляд, рукопожатие и т.д., Зейгарник также считала важными все эти внешние проявления, умела их увидеть, оценить и составить психологический портрет человека. Этому она учила и студентов-психологов, молодых специалистов, своих сотрудников.

Блюма Вульфовна Зейгарник прожила долгую, но далеко не безоблачную жизнь: это была жизнь-борьба, жизнь-преодоление, жизнь-поиск. Мужественная и жизнелюбивая, душевно щедрая и открытая всему истинно прекрасному, она была искренне любима и почитаема психологами разных поколений.

Основоположником отечественной патопсихологии Б.В. Зейгарник все же называла *Владимира Михайловича Бехтерева (1857–1927)*, в центре научных интересов которого стояла проблема человека. Решение ее он видел в создании широкого учения о личности, которое было бы основой воспитания человека и преодоления аномалий в его пове-

дении. По сути дела, все высказывания Бехтерева глубоко психологичны, и его по праву следует назвать одним из первых и наиболее выдающихся психологов России. Не будем забывать, что именно им была основана первая русская психологическая лаборатория. Характерно, что в «Истории современной психологии» – учебнике для американских университетов, принадлежащем перу Д.П. Шульц и С.Э. Шульц (1998), который издан и в переводе на русский язык, – упоминаются имена всего двух российских ученых – И.П. Павлова и В.М. Бехтерева (вероятно, с американской точки зрения, этим вклад России в современную психологию и исчерпывается). Оба удостоены этой чести как предтечи бихевиоризма, не более того. Но это далеко не так.

К психологии В.М. Бехтерев пришел от неврологии и психиатрии, которыми занимался (после окончания Медико-хирургической академии в Петербурге и заграничной стажировки в клиниках Германии, Австрии и Франции) в Казанском университете. Здесь в 1885 г. он организовал психофизиологическую лабораторию. Это было первое в России психологическое научно-исследовательское учреждение.

При организации лаборатории Бехтерев опирался, в частности, на опыт В. Вундта, у которого он прошел стажировку по экспериментальной психологии, однако собственный подход Бехтерева отличался принципиальной новизной. Для Вундта предметом психологии выступало сознание, а его материальному субстрату – мозгу – внимания не уделялось. Изучение сознания велось субъективно, методом интроспекции – изощренного самонаблюдения специально натренированных экспертов.

В.М. Бехтерев, говоря о природе психических процессов, указывал, что было бы совершенно бесплодно еще раз обращаться в этом процессе к методу самонаблюдения. Только экспериментальным путем можно достичь возможно точного и обстоятельного решения вопроса. Преобладание объективных методов исследования в психологии уже тогда, на ранних этапах творчества Бехтерева, качественно отличало его позицию от вундтовской.

Для проведения экспериментов, кроме стандартного лабораторного оборудования, использовались приборы, сконструированные самими сотрудниками лаборатории: большая схематическая модель проводящих путей головного и спинного мозга, выполненная на основе исследований в области анатомии центральной нервной системы

(в том числе исследований Бехтерева); пневмограф – аппарат для записи дыхательных движений; рефлексограф – прибор для записи коленных рефлексов; рефлексометр – аппарат для измерения силы коленного рефлекса. Практически все эти приборы и аппараты предложены и сконструированы Бехтеревым.

За относительно небольшой период существования лаборатории ее сотрудники провели и опубликовали около 30 исследований. Принятый в школе В.М. Бехтерева принцип качественного анализа нарушений психологической деятельности стал одной из традиций отечественной психологии.

В.М. Бехтеревым, С.Д. Владычко, В.Я. Анфимовым и другими представителями школы было разработано множество методик экспериментально-психологического исследования душевнобольных, некоторые из которых (методика сравнения понятий, определения понятий) вошли в число наиболее употребляемых в советской патопсихологии.

Сохранили значение для современной науки сформулированные В.М. Бехтеревым и С.Д. Владычко (1911) требования к методикам:

1) простота (для решения экспериментальных задач испытуемые не должны обладать особыми знаниями, навыками); 2) портативность (возможность исследования непосредственно у постели больного, вне лабораторной обстановки); 3) предварительное испытание методики на большом количестве здоровых людей соответствующего возраста, пола, образования.

Видную роль в определении направления отечественной экспериментальной психологии сыграл ученик В.М. Бехтерева А.Ф. Лазурский (1908, 1923), заведующий психологической лабораторией в основанном В.М. Бехтеревым Психоневрологическом институте, организатор собственной психологической школы. В предисловии к книге А.Ф. Лазурского «Психология общая и экспериментальная» Л.С. Выготский писал, что А.Ф. Лазурский относится к тем исследователям, которые были на пути превращения психологии эмпирической в научную.

Разрабатывая главным образом вопросы индивидуальной и педагогической психологии, А.Ф. Лазурский придавал большое значение патопсихологии. Он считал, что данные, добытые патологией души, заставили пересмотреть, а во многих случаях и подвергнуть основательной переработке многие важные отделы нормальной психологии; патология дает возможность рассматривать душевные свойства чело-

века словно сквозь увеличительное стекло, делающее ясным такие подробности, о существовании которых у нормальных субъектов можно только догадываться.

А.Ф. Лазурский был новатором в экспериментально-методической области: он раздвинул границы эксперимента в психологии, применяя его в обычных условиях повседневной жизни, и сделал предметом экспериментального исследования конкретные формы деятельности и сложные проявления личности. Естественный эксперимент, разработанный А.Ф. Лазурским для «педагогической психологии», был внедрен в клинику. Конечно, осуществление такого эксперимента в условиях клиники было много сложнее, чем в школе, где в ходе обычной учебной деятельности можно определенным образом строить программу, давать экспериментальные задания. В клинике «естественный эксперимент» применялся в ходе организации досуга больных, их занятий и развлечений: со специальной целью давались счетные задачи, ребусы, загадки, задания по восполнению пропущенных букв и слогов в тексте и др.

В 1907–1912 гг. увидела свет «Объективная психология» Бехтерева. Она была переведена на немецкий, французский, английский языки и стала важной вехой в истории современной психологии, что отмечают и зарубежные исследователи (Флюгель, Уотсон, Боринг и др.). Впоследствии Бехтерев выдвинул программу создания новой науки, названной им рефлексологией. На основе экспериментальных работ по изучению сочетательных, то есть вырабатываемых прижизненно, двигательных рефлексов, совокупность которых была названа соотносительной деятельностью, Бехтерев сделал вывод о том, что именно эта деятельность должна стать объектом изучения как воплощение строго объективного подхода к психике.

В отличие от бихевиористов, Бехтерев не сводил предмет психологии к поведению, к формуле «стимул – реакция», не игнорировал феномены сознания. Его подход страдал некоторым механицизмом, особенно в анализе социальных явлений, но включал и перспективные линии развития наук о человеке. Эта линия четко прослеживается в трудах его учеников и сотрудников созданного им НИИ психоневрологии – В.Н. Мясищева, М.М. Кабанова, Б.Д. Карвасарского, Л.И. Вассермана и многих других.

Очень важно отметить, что в 1956 г. в журнале «Вопросы психологии» В.Н. Мясищев опубликовал статью «О значении психологии для

медицины». При АМН СССР была создана проблемная комиссия «Медицинская психология»[5], которую в течение 10 лет возглавлял В.Н. Мясищев. В университетах вновь были созданы факультеты психологии, готовящие кадры и для медицины. Вышло пособие «Введение в медицинскую психологию» (Лебединский, Мясищев, 1966).

В конце творческого пути Мясищев написал очень важную работу «Проблемы, методы и значение медицинской психологии». Медицинская психология, по мысли автора, – это широкий комплекс всего, что может отразиться положительно или отрицательно на психическом здоровье человека, и того, что может через психику отразиться на его соматическом состоянии.

Вклад школы В.М. Бехтерева в развитие клинической (медицинской) психологии был отмечен широкой международной профессиональной общественностью во время празднования в мае 2007 г. 150-летия со дня рождения В.М. Бехтерева и 120-летия основания им Психоневрологического научно-исследовательского института, который носит его имя (Психоневрология в современном мире... 2007).

Заметный вклад в развитие клинической психологии внес и *М.С. Роговин (1921–1993)*. В 1956 г. он защитил кандидатскую диссертацию по проблемам психологии понимания, а в 1968 г. – докторскую диссертацию по теме «Элементы общей и патологической психологии в построении психологической теории», которая легла в основу его монографии «Введение в психологию» (1969). Как ученого М.С. Роговина отличала широта научных интересов, способность увидеть новые, перспективные направления психологических и психопатологических исследований, великолепное знание мировой психологии. Своими аналитическими публикациями, прежде всего в «Журнале невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», он не только ориентировал отечественных исследователей и практиков в мировых тенденциях развития психологии и клинической психологии, но и стимулировал новые направления исследований: «Экзистенциализм и антропологическое течение в зарубежной психиатрии», «Сравнительная психология – этология – психиатрия», «Проблема экспрессии и ее место в психопатоло-

[5] После смерти В.Н. Мясищева проблемную комиссию «Медицинская психология» возглавлял М.М. Кабанов, а автор данного учебного пособия в течение многих лет был членом этой комиссии, благодаря поддержке которой клиническая психология, начиная с 1983 г., стала интенсивно развиваться и в Сибирском, и в Дальневосточном регионах нашей страны.

гии», «Фиксированные формы поведения и их значение для неврологической и психиатрической клиники» (совместно с Г.В. Залевским) и др.

Интерес М.С. Роговина к человеку как объекту психологии был велик. Он ратовал за психологию с «человеческим лицом», за то, чтобы абстрактные «психологические механизмы», «детерминирующие тенденции», «содержание сознания», «акты», «процессы» и т.п., взятые вне общего контекста личности и деятельности человека, не заслонили конечную цель психологического исследования – «изучение самого человека, продукта и в то же время творца определенной исторической эпохи, человека с его радостями и страданиями, стремлениями, успехами и ошибками, живого человека – единственного настоящего объекта психологии» (Введение в психологию... 1969. С. 5).

Нетрудно заметить, уважаемый читатель, что эти мысли опередили на несколько десятилетий «гуманитаризацию» отечественной психологии, происходящую в последние годы.

Особое место в работах М.С. Роговина в последний период его научной деятельности занимал интерес к построению общепсихологической структурно-уровневой теории и возможности ее внедрения в клинико-психологические исследования и практику (Ярославль, 1995).

Общепсихологическая теория уровневой структуры охватывает как собственно психические процессы, так и действия. Уже в первом психологическом трактате Аристотеля был сделан важнейший в теоретическом и прикладном отношении шаг от понимания психики как сложной целостности к стремлению анализировать ее как иерархическую уровневую структуру. С тех пор эта тенденция, иногда проявляясь открыто, но нередко и имплицитно, прослеживается на протяжении всей истории психологии (в частности, патопсихологии). Есть, однако, немало оснований считать, что только теперь указанная тенденция обретает адекватный понятийный аппарат и соответствующую ему терминологию.

В отечественной психологии наибольший вклад в структурно-уровневое понимание психики внес Н.А. Бернштейн на основе данных о построении движений. В ряде вопросов эту теорию развивал А.Н. Леонтьев. Из зарубежных исследователей главную роль в развитии структурно-уровневой теории сыграл П. Жане, разработавший понятие «действие». В течение ряда лет нами и нашими учениками проведен ряд исследований в различных областях психологии, результаты

которых были интерпретированы в понятиях и терминах этой теории, что позволило расширить и уточнить ее исходные положения.

По-видимому, как считал М.С. Роговин, настало время подвести промежуточные итоги и сформулировать основные положения структурно-уровневой теории. Эти итоги, увы, увидели свет уже после смерти М.С. Роговина в сборнике «Познавательные процессы и личность в норме и патологии», подготовленном его учениками и вышедшем в 1995 г. в Ярославле (1995. С. 10–12):

1. О психическом (как о внутренних механизмах) мы судим на основании уровневой структуры действий (акциональных уровней). Уровень – это такая фиксируемая в психологическом исследовании взаимосвязь характеристик действий и определяющих их психических процессов (частная структура в общих структурах деятельности и личности), которая в сопоставлении с другими структурами действий, возможными в той же ситуации, позволяет судить об ее адекватности стоящей перед испытуемым цели.

2. Действия образуют определенную (и в то же время динамическую) иерархическую структуру, где высшим, направляющим и регулятивным является уровень цели.

3. По отношению к высшим акциональным уровням низшие выступают как средства их реализации.

4. Более высокие акциональные уровни есть, как правило, уровни, более интегрированные в личности.

5. Дифференциация высших акциональных уровней обычно выступает яснее, чем у относительно более низких уровней.

6. Высший уровень – это не просто уровень цели, но обязательно и адекватное отношение к нижележащим уровням.

7. Низшие уровни находятся на грани физиологии, а психологические уровни начинаются с объектной обусловленности.

8. Отношения между акциональными уровнями диалектичны: высшие могут манифестироваться низшими, а низшие – проявляться в высших. Высшие могут выступать как позитивные или негативные (как отрицание неадекватности всей структуры).

9. Число акциональных уровней (то есть число уровней, заключенных в интервале между высшим и низшим) – это нестабильная величина. Оно обусловлено конкретной ситуацией исследования (задачей, условиями, контингентом испытуемых и т.д.).

10. Переход с низшего акционального уровня на более высокий происходит в результате многих причин: более глубокого осознания задачи, ее нового, более полного понимания, тренировки и выработки навыка или интуитивного решения.

11. Переход с более высокого акционального уровня на низший может иметь место в результате усложнения задачи, распада сложившегося навыка или из-за психической патологии.

12. Такие факторы, как стресс или действия в условиях коммуникации, могут влиять на акциональные уровни, но для их определения необходимы в каждом отдельном случае конкретные исследования.

13. В формировании более высоких акциональных уровней знания играют большую роль, чем в формировании низших.

14. Констатация акциональных уровней предполагает некоторый оптимальный диапазон их общей флексибельности, поскольку фиксация одного из них может нарушать общую структуру.

15. Использование того или иного акционального уровня при достижении цели действия в значительной мере обусловлено степенью неопределенности стимуляции. Чем ниже акциональный уровень, тем выше его вариативность, а чем он выше, тем меньше его неопределенность. Переход с низших уровней на более высокие, таким образом, снимает неопределенность стимуляции, но неполное исчерпывание информации каждого уровня увеличивает риск ошибочного решения задачи.

Как приведенное определение уровней, так и перечень их характеристик ни в коем случае нельзя рассматривать как окончательные. С теоретической точки зрения, самое понятие уровней нуждается в более строгой дефиниции. Это понятие по своему содержанию близко к понятиям «наблюдаемого» и «ненаблюдаемого», «промежуточных переменных», «гипотетических конструкций», «структурных конструкций» и т.п., которые, в значительной мере под влиянием направления логического позитивизма, уже не одно десятилетие активно обсуждаются в теоретических трудах по психологии.

Структурно-уровневая теория – не догма, не замкнутая система тезисов. По мере развития прикладных, лабораторных и теоретических исследований она будет модифицироваться, приводиться в соответствие с новыми данными. Она легла в основу структурно-уровневого анализа и установления научных критериев и психологических механизмов патологии (Роговин, 1981; Роговин, Залевский, 1988 и др.).

Тема 3. ЗАДАЧИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И МЕТОДЫ ИХ РЕШЕНИЯ

3.1. Исследование

Вклад клинической психологии и клинических психологов в решение проблем здоровья людей, улучшение медицинского обслуживания всегда должен быть как практическим, так и научным. Это отличает клинического психолога от большинства врачей, у которых практика стоит на первом плане. Принципиальная обязанность осуществления научной работы в клинике и вне ее отличает клинического психолога от его коллеги – врача (Перре, Бауманн, 2002).

Во второй половине прошлого столетия произошел количественный и качественный подъем клинико-психологического исследования. Только в 1980 г., как отмечает Бастине (1998. С. 41), в «Psychological Abstracts» были приведены рефераты свыше 8 000 публикаций только на английском языке. С того времени число публикаций по проблемам клинической психологии постоянно растет, в том числе и публикаций отечественных специалистов. На тот период времени насчитывалось свыше 250 англо- и немецкоязычных журналов по клинической психологии и родственным дисциплинам. Только по психотерапии Бернской рабочей группой К. Граве было оценено 143 периодических издания. Число же отечественных изданий по клинико-психологической тематике начало расти с середины девяностых годов («Журнал практического психолога», «Семейная психология и семейная психотерапия», «Известия психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева»), увеличивается и количество соответствующих рубрик и публикаций в общепсихологических журналах («Вопросы психологии», «Психологический журнал», «Сибирский психологический журнал» и др.). В то же время следует отметить значительное отставание в этом вопросе отечественной клинической психологии, ее

вклад здесь пока очень незначителен, он, фактически, обратно пропорционален вкладу отечественных ученых в разработку ее теоретико-методологических и прикладных проблем.

Сегодня можно констатировать наличие широкого спектра методологических и методических подходов в клинико-психологических исследованиях: экспериментальные исследования, эмпирически-корреляционные исследования, полевые исследования, лонгитюдинальные и поперечно-срезовые исследования, феноменологически-описательные и «качественные» исследовательские подходы, различные варианты системного подхода – структурно-уровневый, структурно-функциональный и т.д. Все эти подходы определяют сегодняшний клинико-психологический исследовательский ландшафт. Этот плюрализм проистекает из различных научно-исследовательских традиций, исходя из которых развивалась современная клиническая психология.

Если клинические (психопатологические) исследования выявляют закономерности проявлений нарушенных психических процессов, то экспериментально-психологические исследования должны ответить на вопрос, как нарушено течение (структура) самих психических процессов. В этом и реализуется путь познания болезни от явления (психопатологического феномена) к сущности все более глубокого порядка.

Наиболее интенсивно в мировой психиатрии психологи включены в разработку проблем пограничной психиатрии (неврозы, психопатии), где они участвуют как в изучении генезиса этих патологических состояний и аномалий развития, так и в разработке профилактических, психокоррекционных, а также реабилитационных мероприятий.

Наиболее широкими, сложными и разнообразными оказываются задачи, встающие перед психологическими исследованиями в связи с изучением эндогенных психозов. Характер этих задач определяется, с одной стороны, местом психологических исследований среди других научных дисциплин в системе мультидисциплинарного изучения эндогенных психозов. С другой стороны, они обусловлены рядом факторов, связанных с уже известными особенностями природы и генезисом этих заболеваний. Ведущим является тот факт, что эндогенные психозы характеризуются пока отсутствием сколько-нибудь значительных неврологических и других соматических проявлений при массивной психопатологической симптоматике, почти исчерпывающей на сегодня кли-

ническую картину болезней. Основными проявлениями ее являются более стойкие и преходящие изменения психических свойств личности и психических процессов (мыслительных, эмоциональных, волевых и др.). Этот фактор определяет общее значение психологических исследований в системе мультидисциплинарного изучения как шизофрении, так и других нервно-психических расстройств.

Вопросы методологии психологического исследования в клинике рассмотрены в работах Б.В. Зейгарник (1986, 1999), Ю.Ф. Полякова (1977), а также в ряде работ М.С. Роговина (1969, 1981 и др.) и в его совместной с Г.В. Залевским монографии «Теоретические основы психологического и психопатологического исследования» (1988).

3.2. Психодиагностика

В понятийный аппарат психологии термин «психодиагностика» (греч. psyche – душа и diagnosis – распознавание) был введен в 1921 г. Г. Роршахом при представлении им своего метода «чернильных пятен». В клинической психологии психодиагностика должна решать в основном, как считает Bastine (1998. С. 26), пять задач: оценивать актуальное состояние психических проблем и тем самым вносить вклад в определение и идентификацию клинико-психологических феноменов, выявлять условия их возникновения (этиопатогенез), определять условия их дальнейшего развития (прогноз), а также их места и места характеризующих их признаков, что облегчает оказание психологической помощи (классификация и индикация) и, наконец, предоставляет инструментарий для оценки динамики (мониторинга) и эффективности методов интервенции (психологической и комплексной терапевтической помощи), а также для разного рода психологических и комплексных экспертиз. Л.И. Вассерман и О.Ю. Щелкова считают, что конкретные задачи психологической диагностики в клинике связаны с проблемами выявления заболеваний, лечения, социально-трудового восстановления больных и вторичной психопрофилактикой (2003. С. 67–69). Они определяются индивидуально для каждого больного с учетом целей исследования, актуального психического состояния больного, его возраста, интеллектуального (образовательного) статуса и других характеристик. В качестве предмета психодиагностики могут

выступать когнитивная, эмоционально-аффективная и другие сферы личности с целью получения данных для дифференциальной диагностики, квалификации уровня и структуры интеллектуального, эмоционального, волевого дефекта в ходе различных видов экспертизы (судебной, военной, трудовой), оценки результатов и определения прогноза биологического и психотерапевтического лечения, тактики и основных «мишеней» психокоррекционной и социотерапевтической работы.

Медицинская психологическая диагностика нацелена также на выявление и оценку психологических факторов повышенного риска нервно-психической адаптации. Решение же задач психогигиены и профилактики предполагает проведение психодиагностических исследований лиц, занятых эмоционально-интеллектуально напряженным трудом, особенно в экстремальных условиях, а также членов различных групп риска, что позволяет проводить своевременные психогигиенические и психокоррекционные мероприятия, а в случае необходимости – клинические обследования и лечение.

Л.И. Вассерман с соавт. справедливо подчеркивают (2003. С. 68), что психологическая диагностика, являясь первым этапом психологической помощи больному или испытывающему психологические трудности человеку, должна быть направлена на выявление не только патологически измененных (или ситуативно расстроенных), но и сохранных сторон личности, стимулировании его способности к личностному росту, восстановлению своего личностного и социального статуса, формированию новых способов совладания (психологического преодоления) с болезненными состояниями и критическими жизненными ситуациями, а также на комплексное изучение качества жизни, существенно меняющегося в условиях болезни.

Для решения столь разных задач клиническая психология располагает сегодня большим числом методов, методик и приемов. К услугам клинических психологов – значительное количество психодиагностических компендиумов: энциклопедий, справочников и руководств разного уровня и объема (Бурлачук, Морозов, 1999; Вассерман, Щелкова, 2003 и др.), в том числе и электронные их варианты (Вассерман и др., 2002).

В ряде работ (Бурлачук и др., 1999; Вассерман, Щелкова, 2003) выделяются основные подходы, в которых конкретизируется психодиагностический метод:

– «Объективный» подход: психологическая диагностика осуществляется на основе успешности (результативности) и способа (особенностей) выполнения деятельности. К методам объективного подхода относят прежде всего стандартизованные методы исследования (тесты), которые традиционно подразделяются на две большие группы – тесты интеллекта и тесты личности. Разграничение между этими группами имеет условный характер, но важный для психодиагностики смысл, так как позволяет более глубоко проникать в сущность изучаемых психических явлений.

– «Субъективный» подход: диагностика осуществляется на основе сведений, сообщаемых испытуемыми о себе, самоописания особенностей личности, поведения в тех или иных ситуациях. Субъективный подход представлен в основном открытыми опросниками, методиками субъективного шкалирования и т.д.

– «Проективный» подход: диагностика осуществляется на основе анализа особенностей взаимодействия с внешним нейтральным, безличным материалом, становящимся в силу известной неопределенности (слабоструктурированности) объектом проекции. Этот подход представлен проективными методиками исследования личности.

В то же время А. Анастази (1982) считает, что между диагностическими подходами не существует непреодолимых границ.

По аналогии с медициной, где диагноз означает определение существа и особенностей болезни на основе всестороннего обследования больного, в клинической психологии диагностика направлена на выявление и формулирование «психологического диагноза» – описание сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых задачей психодиагностического обследования. Л.Ф. Бурлачук и Н.М. Морозов (1999. С. 86), авторы приведенного выше определения, предложили и классификацию уровней психологического диагноза, упорядоченных по глубине проникновения в состояние обследуемого (Выготский, 1936; Залевский, 1981): симптоматический (или эмпирический) диагноз, ограничивающийся констатацией определенных особенностей или симптомов, на основании которых непосредственно строятся практические выводы. Такой диагноз не считается собственно научным, так как установление симптомов недостаточно для вынесения

обоснованного диагностического суждения; этиологический диагноз, учитывающий не только наличие определенных особенностей или симптомов, но и причины их возникновения; типологический диагноз, заключающийся в определении места и значения полученных данных в целостной картине.

Несомненно, что психологический диагноз неразрывно связан с прогнозом, который строится «на умении настолько понять внутреннюю логику самодвижения процесса развития, что на основе прошлого и настоящего намечают путь развития» (Выготский, 1983. С. 320).

Психологическая диагностика в клинической психологии располагает широким спектром методов, методик и приемов исследования. Рядом авторов предпринималась попытка их классификации, среди которых наиболее известными являются классификации Г.Д. Пирьова (1968), Б.Г. Ананьева (1976), М.С. Роговина, Г.В. Залевского (1988), В.Н. Дружинина (1997), Л.И. Вассермана (2003) и др., обзор которых, хотя и не полный, можно найти в книге Л.И. Вассермана и О.Ю. Щелоковой «Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение» (2003). Сами авторы этого обзора предлагают и свою ориентировочную классификацию методов медицинской психодиагностики, в основу которой «положено сочетание принципов стандартизованности-нестандартизованности, предметной направленности и операционального статуса методик. Деление самого верхнего уровня на клинико-психологические и экспериментально-психологические методы является традиционным для медицинской психологии и отражает различные способы получения и принципы интерпретации психодиагностической информации»:

1. Клинико-психологический метод:

а) беседа;

б) интервью;

в) биографический (анамнестический) метод;

г) наблюдение;

д) изучение продуктов деятельности;

е) качественно-количественный анализ содержания (контент-анализ).

2. Экспериментально-психологический метод:

а) нестандартизованные (качественные) (нейропсихологические и патопсихологические) методы;

б) стандартизованные (количественные) (исследования интеллекта, личности и психических состояний) методы;

в) проективные методики;

г) психосемантические методики.

М.С. Роговин и Г.В. Залевский полагают (1988. С. 72–73), что метод – это выражение некоторых основных соотношений между субъектом и объектом в процессе познания и что не следует смешивать методы, число которых логически должно быть всегда ограничено, и другие компоненты исследования психического. С этой точки зрения становится возможным свести число методов к шести. Это герменевтический метод, который генетически соответствует нерасчлененному состоянию наук, в нем субъект и объект познания еще не противопоставлены резко, в единстве функционируют мыслительные операции и метод; здесь познавательная деятельность регламентируется правилами языка и логики. Второй метод – биографический, где имеет место выделение целостного объекта познания наук о психике. Третий – наблюдение, в котором имеет место дифференциация субъекта и объекта познания, четвертый – самонаблюдение – на основе уже развитого внешнего наблюдения, уже имевшей место дифференциации превращения субъекта в объект, их слияние. Пятый метод – клинический, в котором субъект-объектные отношения как таковые отходят на второй план, а на первый план выступает задача перехода от внешне наблюдаемого к внутренним механизмам психического. И, наконец, шестой метод – метод эксперимента, при котором имеет место изоляция отдельных переменных, целенаправленное манипулирование ими для наиболее рационального познания каузальных связей; в развитом методе эксперимента субъект познания не только с максимальной активностью противостоит объекту, но учитывается роль субъекта в процессе познания, оценивается достоверность выдвигаемых им гипотез.

3.3. Экспертиза как задача клинической психологии

Ряд практических задач, в решении которых активно участвуют клинические психологи, связан с проведением различных экспертиз (врачебно-трудовой, медико-педагогической, военно-врачебной, су-

дебно-психиатрической). Общим для этого круга задач является необходимость соотнесения определенных особенностей психики больного с психофизиологическими требованиями и особенностями структуры той или иной конкретной деятельности (трудовой, учебной) или действия, поступка.

Значение психологических исследований в этой области определяется прежде всего тем, что экспертиза связана с учетом не только медицинских, но и социальных и психологических факторов. Для их решения обычно нужны детальные данные об особенностях психического склада больного и соотнесение его психофизиологических возможностей с особенностями той деятельности (или действия), в отношении которой проводится экспертиза.

Экспертиза трудоспособности психически больных связана, например, с требованиями той или иной профессии к психическим и физическим функциям человека. Для этого наряду с нозологическим (синдромальным) устанавливается и функциональный диагноз, учитывающий не только пораженные, но и сохраненные функции и определяющий компенсаторные возможности больного и его способности к трудовой деятельности. При этом необходимо учитывать индивидуальные возможности личности, мотивов, установок больного и т.д. При решении, например, вопросов, связанных с прогнозом учебной деятельности и отбором детей в специальные школы разного типа, основным экспертным принципом является комплексное изучение ребенка (врачебное, психологическое, педагогическое) с обязательным установлением особенностей его развития и выявлением потенциально положительных возможностей обучения.

В судебно-психиатрической экспертизе центральным моментом остается вменяемость-невменяемость (Кудрявцев, 1996). Установление невменяемости основывается на двух обязательных критериях – медицинском и юридическом (психологическом), выходя за рамки психопатологического анализа.

Место и фактическая роль психологических исследований в этой области определяются, таким образом, необходимостью разностороннего анализа особенностей психического склада больного, его психических процессов и свойств личности. Они имеют особое значение (независимо от их отношения к диагностике и лечению) для тех или иных видов деятельности или совершения отдельных поступков. Осо-

бая роль экспериментально-психологических исследований в решении этих вопросов обусловлена тем, что для обоснованного экспертного заключения недостаточно лишь оценки снижения тех или иных психических функций и свойств больного, а необходим качественный, структурный анализ изменений его психической деятельности. Врачебно-трудовая экспертиза, например, не ограничивается вычислением процента потери трудоспособности, а строится на основе определения фактической возможности больного выполнять ту или иную работу без вреда для здоровья. Для решения этой задачи с помощью психологических методов выявляются характер и выраженность изменений психических процессов и возможности их компенсации с учетом психологических особенностей той или иной деятельности. Экспериментально изучают, например, утомляемость при различных видах труда – однообразном, динамичном, непрерывном, прерывистом, автоматизированном, творческом, сенсорном или моторном и т.д. Экспериментальное исследование структуры изменений интеллекта может выявить, например, соотношение между способностями к абстрагированию, конструктивному мышлению, усвоению новых знаний в их практическом использовании в конкретной предметной деятельности. Существенное значение для оценки трудоспособности больного может иметь структура расстройств памяти (преобладание нарушений кратковременной или долговременной памяти, определение ее различных модально-специфических типов – зрительного, слухоречевого и др.) и соотнесение этих характеристик с особенностями профессионально-трудовой деятельности, рекомендуемой больному.

При медико-педагогической экспертизе детей и подростков с разными формами дизонтогенеза психологическое исследование, как уже говорилось, позволяет оценить не только структуры аномалии личности и задержку умственного развития, но и потенциальные возможности психического развития ребенка. Поскольку нарушения и отставание в психическом развитии обусловлены как олигофренией, так и другими причинами (педагогическая запущенность, последствия длительной астенизации, прогредиентное психическое заболевание), данные психологического исследования помогают психиатру в установлении природы дизонтогенеза и в выборе путей общеобразовательного и трудового обучения (массовая школа, санаторная школа, вспомогательная школа или специализированное ПТУ).

3.4. Психоинтервенция (психологическая помощь): формы и этапы

Понятием «клинико-психологическая интервенция» охватываются все формы профессиональной психологической помощи с целью изменения психических, а также соматических и социальных отягощений и дисфункций (Bastine, 1998. С. 26). В зависимости от времени оказания психологической помощи говорят о *психопрофилактике, психотерапии (психоконсультировании, психокоррекции), психореабилитации.*

3.4.1. Психопрофилактика (превенция – предупреждение)

Психопрофилактика, или превенция, охватывает все мероприятия, которые препятствуют возникновению проблем адаптации (приспособления и порождения), в том числе проблем здоровья (расстройств и болезней) – их предотвращение и редукцию. Психопрофилактика (первичная) тесно связана с понятием психогигиены, ориентированной на «попытку сохранить собственное здоровье... сберечь то, что дано нам природой, попытаться сохранить имеющийся у нас потенциал для полноценной и гармоничной жизни» (Мясищев, 1960. С. 192).

Над необходимостью поддерживать собственное душевное здоровье и равновесие во взаимодействии с окружающим миром задумывались еще античные мыслители: Демокрит подчеркивал значение для психики человека «хорошей уравновешенной жизни», Эпикур называл это «атараксией» – спокойствием мудрого человека. К основателям же психогигиены как одного из методов клинической психологии относят американца Бирса (Beers), который после двух лет пребывания в психиатрическом стационаре написал в 1908 г. психогигиенически ориентированную книгу «Разум, нашедший себя». В России ее зарождение связывают с именами психиатров И.П. Мержеевского, С.С. Корсакова, И.А. Сикорского, выступивших в 1887 г. на первом съезде отечественных психиатров с идеями и программами предупреждения психических и нервных заболеваний.

Согласно классификации ВОЗ, выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику. Первичная профилактика включает меро-

приятия, предупреждающие возникновение нервно-психических расстройств; вторичная объединяет мероприятия, направленные на профилактику неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, их хронизации, на уменьшение патологических проявлений, облегчение течения болезни и улучшение исхода, а также на раннюю диагностику. Третичная профилактика способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности больного (Карвасарский, 1998. С. 417).

3.4.2. Психотерапия

Психотерапия представляет собой варианты психологической помощи при уже наступивших проблемах адаптации, нервно-психических расстройствах. Если эта психологическая помощь оказывается на ранних стадиях возникновения проблем адаптации и расстройств, то говорят о вторичной профилактике, или превенции. Отношение между клинической психологией и психотерапией, подчеркивает Bastine (1998. С. 45), – это отношение между целым и частью: клиническая психология является более емкой областью, часть которой образует психотерапия, а именно сферу интервенции, т.е. сферу методов клинической психологии – методов психологической помощи, оказывающей влияние и на другие ее сферы – теории расстройств, диагностику, другие формы психологической помощи – консультирование, кризисную интервенцию, групповую терапию, а также на исследование, образование и общественный имидж клинической психологии.

Впервые термин «психотерапия» был введен в конце XIX в. Д. Тьюком (D.H. Tuke) в опубликованной им в 1872 г. книге «Иллюстрации влияния разума на тело», одна из глав которой названа «Психотерапия», хотя общеупотребительным этот термин становится не раньше 90-х гг. того же столетия. Традиционно психотерапия считалась частью медицины, поскольку понималась буквально лишь как «лечение души» (задача психиатрии), а не «лечение душой», что предполагает ее гуманитарную основу и обеспечивается исключительно психологическими методами. В силу этого термин «психотерапия» не стал чисто медицинским, а согласно Декларации Европейской Ассоциации психотера-

пии от 21 октября 1990 г. психотерапия является особой дисциплиной из области гуманитарных наук; доступ к образованию в этом направлении возможен при условии широкой предварительной подготовки, в частности, в области гуманитарных и общественных наук (цит. по: Карвасарский, 1998. С. 447)[1].

Наибольшее развитие и признание получили 3 психотерапевтических направления (всего методов, возникших на их основе, на сегодняшний день свыше 400): психодинамическое (психоаналитическое), бихевиорально-когнитивное и гуманистическое. В этих направлениях психотерапии, ориентированных на «личностные изменения, а не на один лишь симптом» (Карвасарский, 1998. С. 185), наличие определенной личностной концепции позволило создать психотерапевтическую систему, характеризующуюся логической последовательностью взглядов, выразившихся в формулировке соответствующих парадигм или моделей (см. главу 4 данного пособия), из которых вытекают представления о задачах, «мишенях» и способах воздействия – оказания психологической помощи.

Так, психоанализ, рассматривающий в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения первичные влечения и потребности, а невроз – как следствие их вытеснения в бессознательное и конфликта с сознанием, определяет и основную задачу психотерапии – осознание этого конфликта («где было Оно, должно быть Я», «где было Оно, должна быть Самость» и т.д.).

Для бихевиорально-когнитивной терапии личность есть поведение (поступок или паттерн поступков) как единство когнитивного (когниций-значений, когниций-ценностей, когниций-смыслов), эмотивного (эмоций и чувств) и двигательного (вербального и невербального поведения) компонентов. Личность – это человек, думающий и ведущий себя каким-то образом (действующий или бездействующий, человек – это не только то, что он делает, но и то, что он не делает). В таком понимании поведение связывает «тело организма с телом культуры» (если использовать терминологию Л.С. Выготского), «ирдическое (земное, телесное, низшее) с ноэтическим (духовным, высшим) в вечном движении, остановка которого, фиксация на любой точке траек-

[1] Об истории развития отечественной психотерапии см.: Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб., 2002.

тории этого движения может свидетельствовать о нарушениях в развитии и росте (самоактуализации) личности, о нервно-психических расстройствах, о фиксированных формах поведения, о неадаптивности поведения в целом, возникшем в результате неправильного обучения/научения. Поэтому основная задача психотерапии формулируется как обучение/научение клиента/пациента новым, адаптивным способам поведения.

Гуманистическая психология и психотерапия рассматривают в качестве основной потребность личности в самоактуализации, а невроз – как блокирование этой потребности. Отсюда задача психотерапии – в приобретении клиентом нового эмоционального опыта, способствующего становлению адекватной Я-концепции, целостного образа Я и возможностей для самоактуализации личности.

В рамках каждого из указанных направлений возникают новые течения, подходы, формы, виды, методы и методики, которых, по некоторым данным, на сегодняшний день уже свыше 400 (Карвасарский, 1998). Можно предположить, что это объясняется не только тем, что мечтой каждого честолюбивого психотерапевта является создание нового, необычного приема, внесение своего оригинального вклада в историю психотерапии, но и тем, что нередко психотерапевтами преуменьшается роль концептуального знания и преувеличивается «метафорический статус психотерапевтического знания» (Бурлачук с соавт., 1999. С. 15). На мой взгляд, перспективы развития психотерапии, как и любой иной формы профессиональной психологической помощи, будут определяться тем, в какой степени они будут «научным искусством», насколько искусно психотерапевт (психоконсультант и т.д.) будет пользоваться концептуальными и инструментальными знаниями, добытыми науками о психике человека, о человеке и обществе.

3.4.3. Психоконсультирование

Различение психотерапии и психоконсультирования как двух форм психологической помощи – сложная задача, поскольку как в консультировании, так и в психотерапии используются те же самые профессиональные знания (о теоретических принципах – теориях

личности и психологической помощи), умения и навыки, одинаковые требования, предъявляемые к личности клиента и специалиста. Процедуры, используемые в обоих случаях, тоже одинаковы. Поэтому нередко понятия «психологическое консультирование» и «психотерапия» используются как синонимы. Но более глубокий анализ в поиске различий между ними позволяет найти основания хотя бы для частичного их различения. Так, Р. Кочюнас (2000. С. 13), ссылаясь на некоторые зарубежные источники, систематизировал выделяемые специфические черты психологического консультирования, отличающие его от психотерапии:

– консультирование ориентировано на клинически здоровую личность; это люди, имеющие в повседневной жизни психологические трудности и проблемы, жалобы невротического характера, а также люди, чувствующие себя хорошо, однако ставящие перед собой цель дальнейшего развития личности;

– консультирование ориентировано на клинически здоровые стороны личности независимо от степени нарушения; эта ориентация основана на вере, что человек может изменяться, выбирать удовлетворяющую его жизнь, находить способы использования своих задатков, даже если они невелики из-за неадекватных установок и чувств, замедленного созревания, культурной депривации, недостатка финансов, болезни, инвалидности, преклонного возраста;

– консультирование чаще ориентируется на настоящее и будущее клиентов;

– консультирование обычно ориентируется на краткосрочную помощь (до 15 встреч);

– консультирование ориентируется на проблемы, возникающие во взаимодействии личности и среды;

– в консультировании акцентируется ценностное участие консультанта, хотя отклоняется навязывание ценностей клиентам;

– консультирование направлено на изменение поведения и развитие личности клиента.

Брамер и Шостром (Bramer, Shostrom, 1982), говоря о соотношении консультирования и психотерапии, прибегают к представлению о двух полюсах континуума. На одном полюсе работа профессионала затрагивает в основном ситуационные проблемы, решаемые на уровне сознания и возникающие у клинически здоровых людей. Это об-

ласть консультирования. На другом полюсе – большее стремление к глубокому анализу проблем с ориентаций на бессознательные процессы, структурную перестройку личности клинически нездоровых индивидов. Здесь расположена область психотерапии. Область между полюсами принадлежит деятельности, которую можно назвать как консультированием, так и психотерапией. Здесь, с моей точки зрения, находится и психологическая помощь, обозначаемая как психокоррекция (ортопсихология).

Специальные проблемы психологического консультирования различаются по своему содержанию: консультирование клиентов тревожных, со страхами и фобиями, настроенных враждебно и агрессивно, с завышенными требованиями, с переживанием чувства вины, личностей истерических, обсессивных, шизоидных, асоциальных, зависимых, с депрессиями и суицидальными мыслями и намерениями, с переживаниями утраты, с сексуальными проблемами и т.д. (Кочюнас, 2002. С. 143–227).

3.4.4. Психокоррекция (ортопсихология)

Психокоррекция – это направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида (Карвасарский, 1998. С. 412), или «система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологического развития или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия (Осипова, 2000. С. 6).

Существуют разные точки зрения на соотношения психокоррекции с другими формами психологической помощи. Пожалуй, справедливой является та из них, которая указывает на «разноуровневый, динамический характер соотношения задач и методов психокоррекции, психотерапии и психопрофилактики, которые взаимопересекаются, но полностью не исчерпывают друг друга» (Карвасарский, 1998. С. 413).

Выделяют специфические черты, характерные для психокоррекционного процесса, отличающие его от психотерапии (Осипова, 2000. С. 6–7):

– ориентация на клинически здоровых людей, имеющих в повседневной жизни психологические трудности, проблемы, жалобы невротического характера, а также на людей, чувствующих себя хорошо, однако желающих изменить свою жизнь либо ставящих перед собой цель развития личности;

– ориентация на здоровые стороны личности независимо от степени нарушения;

– ориентация на настоящее и будущее клиентов;

– среднесрочная помощь (в отличие от краткосрочной – до 15 встреч – помощи при консультировании и долгосрочной помощи – до нескольких лет – при психотерапии);

– акцент на ценностный вклад психолога, хотя отклоняется навязывание определенных ценностей клиенту;

– психокоррекционные действия, направленные на изменение поведения и развитие личности клиента.

Указанный перечень черт, как можно убедиться при внимательном на них взгляде, конечно, не во всех случаях является специфическим для психокоррекции, что еще раз обращает внимание на трудности отграничения разных форм психологической помощи.

3.4.5. Психореабилитация

Реабилитация занята возвращением бывших больных психическими или соматическими расстройствами в общественную и профессиональную жизнь. На этой стадии оказания психологической помощи говорят о третичной превенции.

Исходя из такого определения, реабилитация может быть понята в свете современных представлений о системном подходе как динамическая система взаимосвязанных компонентов, которую нельзя свести к одному-двум методам воздействия (например, психотерапии или трудовой терапии) или описывать только в терминах конечной цели (например, бытовом либо трудовом устройстве), в то время как реабилитация есть и то и другое (и метод, и цель).

Концепция реабилитации, предложенная М.М. Кабановым и во многом реализованная в клиниках Ленинградского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (1998), не родилась на пустом

месте и имеет свою историю развития. Она возникла еще в середине 20-х гг. XX в. из идей так называемой физической медицины. Важную роль в развитии концепции реабилитации сыграли исследования в области медицинской психологии, медицинской педагогики и медицинской социологии, т.е. на пути своего развития, родившись из идей физической медицины, концепция реабилитации обрастала идеями медико-социологическими, медико-психологическими, медико-педагогическими. Концепция реабилитации психически больных выросла из идей нестеснения и трудовой, или социотерапии.

Реабилитацию многие понимают как «долечивание больных», как использование их остаточной трудоспособности, иногда даже переводят термин «реабилитация» как «восстановление трудоспособности», что неправомерно сужает границы этого сложного понятия. Многие неверно полагают, что суть реабилитации заключается в расширенной трудотерапии и рациональном трудоустройстве больных. За рубежом суть реабилитации многие сводят к различным вариантам психотерапии. И то и другое является упрощенчеством, хотя, конечно, восстановление трудоспособности и трудоустройство имеют в общей системе реабилитационных мероприятий исключительно большое значение. Реабилитация – это то, что больше направлено на человека, на его личность, на будущее. В последнее время по рекомендации Всемирной организации здравоохранения принято описывать три ступени профилактики: первичную, вторичную и третичную. Что такое первичная профилактика, всем ясно. Под вторичной профилактикой подразумевается лечение. И, наконец, третичная профилактика – это и есть реабилитация. Границы между профилактикой первичной (профилактикой в собственном смысле этого слова) и лечением, как известно, порой очень условны. Также условны границы между второй ступенью профилактики (лечением) и реабилитацией. Реабилитация – это прежде всего (и что чрезвычайно важно уяснить) иной подход к больному человеку.

Концепция реабилитации предусматривает комплексный, интегральный подход к больному человеку с учетом не только клинико-биологических особенностей заболевания, но и более рационального, более глубокого изучения и использования личности больного и окружающей его среды в целях оптимизации лечения, в целях восстановления личного и социального статуса больного. Следовательно, цель реабилитации состоит в восстановлении личного и социального

статуса больного вне зависимости от того, что это за больной: больной, страдающий неврозом, шизофренией, инфарктом миокарда или нарушениями опорно-двигательного аппарата.

На основании многолетнего опыта работы в специально созданной реабилитационной психиатрической клинике, а также изучения деятельности ряда как отечественных, так и зарубежных реабилитационных, главным образом психиатрических, учреждений были сформулированы четыре принципиальных положения реабилитации больных и инвалидов, без которых, как нам кажется, не может быть правильного понимания ее сущности (Кабанов, 1974. С. 26–40).

Первый принцип системы реабилитации – единство биологических и психосоциальных методов воздействия. Реабилитация является не только психосоциальной, но и клинико-биологической системой, требующей понимания ее физиологической и патофизиологической сущности. Речь идет об использовании (регулировании) механизмов реституции, адаптации и компенсации, о механизмах физиологической защиты. Не меньшего, а с учетом их малой изученности большего внимания требуют механизмы психологической защиты, играющие огромную роль в процессе реабилитации.

Противопоставление реабилитации лечению неправомерно. Они представляют собой единый системный процесс, разделяемый главным образом в аналитическом плане на то, что «смотрит» больше вперед и направлено на человека в целом (реабилитация), и на то, что «смотрит» на настоящее, наличествующее и направлено в основном на болезнь (лечение).

Второй принцип системы реабилитации М.М. Кабанов называет принципом разносторонности (разноплановости) усилий и воздействий для реализации реабилитационной программы.

Следует различать психологическую, профессиональную, семейную, общественную сферы реабилитации, а также сферы, связанные с получением или получаемым воспитанием (образованием) больного и проведением его досуга (влияние игр, развлечений, искусства). Перестройка системы отношений личности и одновременно приспособление индивидуума к этим основным сторонам жизнедеятельности составляют основу системы реабилитации.

Исходя из рассматриваемого принципа, легко понять роль в системе реабилитационных программ, помимо клиницистов (психиатров,

невропатологов, кардиологов и т.д.), представителей других смежных специальностей: медицинских психологов, педагогов, социологов, специалистов по различным видам занятости, труду, гимнастике, спортивным играм, развлечениям.

Третий принцип системы реабилитации (принцип партнерства) состоит в опосредовании через личность больного всех лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий. Стержневым содержанием всей реабилитационной программы является апелляция к личности (первый этап). Все построение системы реабилитационных мероприятий должно быть таким, чтобы вовлечь самого больного в лечебно-восстановительный процесс, направить его усилия на как можно большее участие в восстановлении тех или иных функций (например, памяти или внимания, двигательных, речевых) или социальных связей (трудовых, семейных и других). Реабилитировать или ресоциализировать больного без его активного участия невозможно. Хорошо известно, что даже лекарственное лечение лучше помогает, когда больной в него верит, верит в авторитет врача, назначившего ему то или иное лекарство. В литературе имеется немало указаний, свидетельствующих о том, что в лечебно-восстановительном процессе среди которых на первое место выдвигается стимуляция социальной активности различными методами.

Особенно большое значение приобретают здесь трудовая терапия с переобучением больных или обучением новой профессии, а также специальная педагогическая (воспитательная) работа с психотерапевтической направленностью, проводимая не только с больными, но и с их родственниками (второй этап). Биологическое лечение ограничивается, как правило, «поддерживающими» или купирующими обострения дозами медикаментозных средств.

Четвертый принцип реабилитации – реабилитация в собственном (прямом) смысле этого слова. Восстановление в правах, восстановление индивидуальной и общественной ценности больного, доболезненных отношений с окружающей действительностью составляют основное содержание этого этапа. Здесь главенствуют различные социальные мероприятия. Помощь в бытовом и трудовом устройстве является фактором, определяющим подлинную реабилитацию психически больных. Очень трудным и весьма важным делом, способствующим успеху реабилитации, является организация правильного

отношения к больным со стороны окружающих. Биологическое лечение на этом этапе имеет еще более ограниченное значение.

Указанная схема этапов реабилитации была разработана для психически больных (главным образом шизофренией). Но основные ее положения могут быть распространены на все нервно-психические заболевания с учетом, конечно, особенностей клинической картины того или иного расстройства (реабилитация, например, больных неврозами существенно отличается от реабилитации постинсультных больных или больных шизофренией. Да и реабилитация больных вялотекущей шизофренией отлична в своих формах и методах от реабилитации больных с грубым шизофреническим дефектом).

В заключение хочется еще раз подчеркнуть, что если удастся показать практическую значимость системы реабилитации для профилактики и оптимизации лечения и роль в этой системе медико-психологического и медико-социологического подходов (а они тесно связаны друг с другом), показать их эффективность, появится больше возможностей для расширения «статуса» самой медицинской психологии как науки.

Тема 4. ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

4.1. Проблемы нормы и патологии, здоровья и болезни (расстройства)

Категории нормы, нормальности, патологии, ненормальности, анормальности, здоровья и болезни (расстройства, нарушения) являются важнейшими составляющими категориального аппарата клинической психологии и во многом определяют уровень ее развития как науки и практики, эффективность взаимодействия с другими науками о душе (прежде всего психиатрией), этическое и правовое обеспечение деятельности клинических психологов, отражая и степень разработанности вопросов о ее объектном поле и предмете, а также о теоретико-методологических основаниях и методическом аппарате. История клинической психологии свидетельствует, что на пути определения психической нормы и патологии, здоровья и болезни встречаются большие методологические и логические трудности. Так, некоторые исследователи, например К. Бернар и К. Гольдштейн, считали понятия нормы и патологии абсолютно необходимыми и фундаментальными, хотя оба – каждый со своей точки зрения – полностью отдавали себе отчет в трудностях установления точных, научно верифицированных критериев этих понятий (Роговин, 1981. С. 37–38). Другие исследователи вообще не желали устанавливать различий между нормой и патологией, видя в последней лишь особый вариант нормы (К. Шнейдер), либо не придавали определению этих понятий какого-либо значения в связи с трудностью их взаимного разграничения (Э. Блейлер). Хорошо известно, насколько стертой оказывается граница между нормой и патологией у представителей психоанализа или экзистенциализма (гуманистическая психология и психотерапия). Эти различия имеют для них лишь количественный характер, поскольку как в

отношении нормы, так и при патологии они фиксируют внимание на действии одних и тех же психологических (в потенции – патогенных) механизмов. Постулируемое внутри этих направлений отсутствие принципиальных различий между нормой и патологией выражается в тенденции определять норму через патологию и переносить на норму клинические методы. Тенденция к стиранию грани между нормой и патологией характерна также и для конституционального направления (Э. Кречмер). К. Ясперс (1997) сделал попытку обобщенно-феноменологического определения нормы и патологии, считая, что эти понятия вытекают из всей совокупности психического, из мировосприятия, в котором непрерывно слиты как субъективные, так и объективные моменты, что анормальное есть изменение самого способа существования, когда мир «сжимается», вместо того, чтобы «расшириться», включая в себя новые содержания, когда он теряет эмоциональный тон, связанный с чувством обладания духовными и материальными содержаниями. Вместе с тем он считал, что механизмы, лежащие в основе «анормального», принципиально недоступны нашему познанию.

Были предприняты многочисленные попытки определить норму и патологию через какой-то один определенный критерий – будь то критерий «интеграции», «адаптации» или «автономности». Попытки эти оказались неудачными, поскольку, как отмечает М.С. Роговин (1981. С. 37), сами понятия недостаточно определены. Здесь же он говорит и о неприемлемости многочисленных попыток выделить какое-то одно, пусть даже очень существенное, психическое свойство и рассматривать его в качестве основы «нормы» и «патологии», поскольку такие критерии, как правило, оказываются чисто описательными и сами нуждаются в обосновании (например, «разумное отношение к себе или к другим»).

Чтобы обойти эти сложности в формулировке нормы, исследователи используют разные приемы. Наиболее простой и распространенный из них – принятие негативных критериев нормы: норма – это отсутствие патологии. Выдающийся отечественный исследователь и врач П.В. Ганнушкин не раз подчеркивал относительность границ нормы. Он отмечал, что в таком, с одной стороны, хрупком и тонком, а с другой – в таком сложном аппарате, каким является человеческая психика, можно у каждого найти те или иные, подчас довольно диф-

фузные, конституционально-психопатические черты, гармоничные натуры, по большей части, есть плод воображения.

Понятие *нормы* (психической нормы) остается и на сегодняшний день самым противоречивым для многих психологов и психиатров. Различные дефиниции понятия нормы в специальной литературе позволяют выделить прежде всего два важных его аспекта: норма как правило поведения и норма как установочный образец. Первый аспект выступает в формулировках, например: «понятие нормы относится к стандартизированным правилам поведения» (McDavid, Harari, 1968. P. 304); «норма есть правило поведения...» (Thibau, Kelly, Hollander, Hunt, 1967. P. 460). Другой аспект – установка (Newcomb, 1959. P. 159); при этом используется понятие нормы в смысле «в большей или в меньшей степени тесная система отношений». Хоманс определяет норму «как идею в головах членов группы», которая выражает ожидания в отношении поведения других (Homans, 1965. P. 136). Манн видит в нормах «общий способ взгляда на мир или установки и ценности группы» (Mann, 1969. P. 35). Установочный аспект выступает и в четырех признаках нормы у МакГрэт: «...система отношений для восприятия субъективно значимых объектов; предписанные правильные установки или способы поведения по отношению к этим объектам; аффективные чувства относительно нормы; позитивные и негативные санкции, через которые адекватное поведение поощряется, а неадекватное наказывается. Нормы находятся в «глазу наблюдателя» (McGrath, 1964. P. 105). Следует обращать внимание на эти различия. Дело в том, что если нормы определяют как правила поведения, следование которым санкционировано, то они представляют собой нечто данное, доказательное, объективированное. Их можно вычитать в законах, предписаниях, уставах. Они могут иметь официальный характер или неформальный (нравы, традиции, привычки). Если же нормы видятся с установочной перспективы, то они представляют собой конструкты, интервенированные переменные, как нечто, что имеет свое место в системе личности, «в головах», «в глазу» (Pongratz, 1972. P. 52). Этот двойной аспект затрагивает и проблему индикации, а значит, и принятие решения об адекватной технике терапии. Вполне может быть, что в одном случае к цели ведет коррекция установок, во втором – поведения.

Разные представления о том, что такое норма, имели своим следствием выделение разных видов норм: статистическая, идеальная, соци-

альная (социокультурная), функциональная, субъективная (индивидуальная) (Bastine, 1998; Перре и Бауманн, 2002). Шмидт все разнообразие видов норм группирует в три вида: статистическая, функциональная и ценностная норма (Schmidt, 1978). Понграц говорит о трех критериях нормальности: социокультурном, объективном и субъективном, а также о трех видах норм: вынужденной, долженствования и возможной (Muss-, Soll- und Kannnorm) (Pongratz, 1972. P. 51–65).

Статистическая норма не определяется авторитарно, не является результатом соглашений и не изобретается. Она вычисляется. Норма, или нормальность, выражается через среднеарифметическую оценку и представлена «средним человеком» (L'homme Moyen), чаще встречающимся в массе, о котором А. Кутеле (1796–1874), основатель социальной статистики (Moralstatistik), говорил как о «природном (естественном) идеале» (Naturideal) (цит. по: Pongratz, 1972. P. 55–56). Эта тенденция усилилась в связи с выдвинутой в 1835 г. А. Кетле идеей отклонений по закону нормального распределения индивидуальных характеристик человека – как его физического облика, так и психических свойств. На этой основе развивал свое понятие дегенерации Б. Морель, считая, что вырождение и отклонение от нормального типа – это явления одного порядка. Ф. Гальтон пытался вывести на этой основе законы наследования способностей.

При статистической оценке нормальных распределений крайние, или экстремальные, отклонения должны рассматриваться исключительно количественно, но неизбежны все же качественные и функциональные оценки. Поэтому не обязательно статистическую норму связывать лишь с нормальным распределением, тем более что нормальные распределения в психологической сфере далеко не всегда имеют место и задаются часто посредством конструкции теста.

Статистическая норма выражает также модальную оценку. Модальные оценки не являются средними оценками, поскольку говорят не об абсолютном большинстве, а об относительном, которое может лежать значительно ниже 50%-ного уровня. Статистическое понятие нормы лежит в основании объективного критерия, понимаемого исключительно методически. Нормальный или анормальный – зависит от того, соответствуют или нет индивидуальные показатели стандартным оценкам. В зависимости от того, где на шкале оказываются анормальные оценки, возможны три формы объективного решения:

– не норма – низкие оценки на одном полюсе измерения. Примером могут служить интеллектуальные тесты. Средние показатели данных теста соответствуют оценке в 100 пунктов, значит, коэффициент интеллекта в 70 пунктов лежит ниже нормы, что может говорить о дебильности;

– не норма – высокие показатели на одном полюсе измерения. Примером в данном случае может быть MMPI. Норма – это оценки до 60, между 60 и 70 – это зона подозрения, свыше 70 – это не норма. По этой аналогии сконструировано большинство клинико-психологических тестов;

– не норма – высокие оценки на одном или другом полюсе. Примером может быть тест FPI (Freiburger Persönlichkeietsinventar), где оба полюса клинико-психологически представляют собой не норму (например, шкала «настроение»: депрессивное-маниакальное, шкала «стабильность» имеет один лабильный и один ригидный негативный полюс);

– не норма – низкие оценки на одном полюсе или высокие на другом. Примером может служить тест Роршаха: испытуемый дает либо много, либо мало целостных ответов, детальных описаний, цветных ответов. То же и в ассоциативном тесте: негативно оцениваются оба варианта – слишком много или слишком мало ассоциаций. В обоих случаях норма (средняя оценка) находится между «слишком много» и «слишком мало».

Объективный критерий в виде статистического подхода в его ценности для клинико-психологического исследования нередко оценивается довольно скептически. Так, Витковер, основатель транскультуральной психиатрии, считает, что «статистический метод никогда не достигает ядра человеческого поведения и мотивации...» (Wittkower, 1965. P. 14). П.Б. Ганнушкин, всегда уделявший большое внимание необходимости установить научное содержание понятий «норма» и «патология», весьма отрицательно относился к тому, что это можно сделать, исходя из идей о «различного рода средних» (1964). М.С. Роговин приходит к выводу, что «в целом, невозможность свести такого рода данные к единой логико-теоретической концепции заставляет видеть в них не более чем утонченное продолжение донаучных критериев, хотя практика показывает, что их прогностическое значение все же выходит за столь скоромные, ограниченные рамки...» (1981. С. 38).

Этот подход к пониманию нормы, когда норма трактуется, во-первых, как что-то среднее, устоявшееся, не выделяющееся из массы и, во-вторых, наиболее приспособленное, адаптированное к окружающей среде, вызывает резкую критику, которую высказывали еще психиатры старой школы. Они указывали на то, что отождествление нормальности с часто встречающимся снижает представление о человеческом развитии, низводя его до уровня приспособления к расхожим шаблонам поведения. Старый французский психиатр Кюльер говорил: «В тот самый день, когда больше не будет полунормальных людей, цивилизованный мир погибнет не от избытка мудрости, а от избытка посредственности». И в современных исследованиях звучит неприятие статистических и адаптивных критериев. Например, польский психолог и клиницист К. Домбровский считает, что способность всегда приспосабливаться к новым условиям (и на любом уровне) свидетельствует о моральной и эмоциональной неразвитости. За этой способностью скрывается отсутствие иерархии ценностей и такая жизненная позиция, которая не содержит в себе элементов, необходимых для оптимального развития личности и творчества (цит. по: Братусь, 1989. С. 28).

Понграц готов согласиться с критическим мнением ряда авторов относительно сути и роли статистической нормы, но в том случае, «если бы она была единственным масштабом определения различий между нормой и не нормой. Но она одна из трио норм – социокультурной, объективной и субъективной – без которой не обойтись» (Pongratz, 1972. С. 61).

Идеальная норма – субъективно, произвольно устанавливаемый *норматив*, который принимается за совершенный образец. Такие идеальные нормы определяют некое «состояние совершенства» (Hofstätter, 1957. S. 218). В качестве норматива идеальная норма выступает средством упрощения и унификации многообразия форм жизнедеятельности организма и проявлений личности, в результате чего одни из них признаются удовлетворительными, тогда как другие оказываются за гранью допустимого, приемлемого уровня функционирования. Таким образом, в понятие нормы может быть включен оценочный, предписывающий компонент: человек должен быть таким, а не иным (Sollnorm, по Pongratz, 1972). Все, что не соответствует идеалу, объявляется ненормальным. Ближе всего такое понимание нормы мы

встречаем в гуманистической психологии в терминах «самоактуализированная личность» (А. Маслоу), «полностью функционирующая личность» (К. Роджерс) или «всесторонне развитая личность» («Кодекс строителя коммунизма»).

Идеальная норма может быть субъективной, если она признается отдельным человеком в виде ценностного представления, масштаба поведения или идола либо образца, находящегося в связи с предполагаемыми идеалами значимых для него лиц. Если идеальная норма рассматривается в качестве желаемой с позиции группы, социального слоя или культурного сообщества, то она может выступать в качестве социальной, социокультурной или интеркультурной нормы. В отличие от статистической нормы в идеальной норме субъективного или социального плана ценностный, предписывающий аспект стоит на первом плане. Особенность идеальных норм состоит еще в том, что они страдают трудностью операционализации, поскольку сложные содержания трудно поддаются измерениям. К тому же идеалы, как известно, не достижимы, поскольку можно опять же все выше, быстрее, дальше, лучше и т.д. В связи с этим ориентация на них может иметь и негативные последствия в воспитании и терапии.

Функциональные нормы оценивают состояния человека с точки зрения их последствий (вредно или не вредно) либо возможности достижения определенной цели (способствует или не способствует это состояние реализации связанных с целью задач). В рамках современной бихевиорально-когнитивной психотерапии, например, советуют клиенту перепроверять свои мысли и следовать законам здорового мышления: во-первых, соответствуют ли его мысли (когниции) реальной действительности (являются они функциональными или дисфункциональными – по Беку, рациональными или иррациональными – по Эллису) и, во-вторых, помогают они чувствовать и вести себя так, как ему хотелось (Залевский, 2002, 2006). Бёш различает функционально идеальную и реальную норму: сравнить работу сердца молодого тренированного мужчины (идеальная норма) и работу сердца пожилого мужчины как представителя своей возрастной группы (реальная норма). Здесь же он обращает внимание на трудности, связанные с употреблением понятия функциональная норма, в частности в связи с «ее сильной зависимостью от социальных оценок» (Bösch, 1964. P. 934). Шмидт, отмечает, что в использовании социальных

норм «...все время возникает вопрос о критериях» (Schmidt, 1978. P. 69). С функциональной точки зрения позволительно в статистическом смысле «нормальное» поведение и переживание определять как отклоняющееся, если оно «слишком» приспособилось к нормам, ограничено в вариативности и флексибильности, а также ограничивает пространство своей активности и потенциалы развития (гиперномия), что демонстрируется фиксированными формами поведения (Залевский, 1993, 2003, 2004).

В контексте представлений о функциональных нормах Понграц обращает внимание на возможность закладывания в их основания так называемого «утопического критерия нормальности», что он иллюстрирует некоторыми цитатами из работ Юнга, Фромма и др., в которых, по его мнению, предлагаются идеальные решения, которые не для «простого человека» (Pongratz, 1972. P. 63). Они выходят за пределы «трезвых целей», о которых говорил Фрейд: способность трудиться, любить и получать удовольствие.

Социальные нормы контролируют поведение человека, заставляя его соответствовать некоторому желаемому (предписываемому со стороны окружения) или установленному властью образцу. Содержательно речь идет в данном случае о законах, положениях, правилах общения, нравах, обычаях, суевериях, верованиях, ценностных суждениях, предрассудках – о всех правилах поведения и установках, которые стандартизируют взаимодействия членов группы. Тем самым следование социальным нормам находится под давлением группы. «Социальная норма есть давление, которое имеет место между определителем норм и их получателем в ситуациях постоянного взаимовлияния» (Rommetveit, 1954. P. 45). В терминах психоанализа Фрейда репрезентирует групповое давление через Супер-эго – «сурового до ужасного блюстителя нормативного социального равновесия; его санкциями являются чувства страха и вины» (Hofstätter, 1959. S. 219).

В рамках представлений о социальной норме важным является учет «духа времени» (Zeitgeist), а также социокультурных или интеркультурных критериев, т.е. учет различий в культурно-временной ориентации социальных норм. Иллюстрации к этим различиям мы находим, например, в работах Бенедикт (1955), Мид (1959) и др. Так, например, танала – одно из племен острова Мадагаскар – очень щепетильно в плане чистоплотности, их постоянные стирания и наведение

чистоты диагностировались бы европейцами как навязчивость, в то время как такое их поведение не выходит за пределы культурной нормы. У индейцев, живущих в прериях, отмечаются особенности зрительного и слухового восприятия, которым не соответствуют какие-либо объективные стимулы, но в рамках культуры этих племен это не попадает под психиатрическую квалификацию в виде галлюцинаций. Еще в догиппократовские времена греки воспринимали эпилепсию и «grand hysterie» как «священные заболевания», как экстазы, в которых проявляет себя нечто божественное. Растущая толерантность общества к несреднестатистическому, а также выходящему за пределы культуры поведению своих сограждан в связи с галопирующей цивилизацией, все сильнее отрывающейся от культуры (в разных географических широтах и странах разными темпами), приводит к смене критериев социальной нормы и не нормы, которые, в свою очередь, накладывают свой отпечаток на представления о всех других видах норм.

В контексте социокультурных норм интересным представляется и вопрос об интеркультурных совпадениях. В попытках найти ответ на этот вопрос Линтон приходит к следующим ответам: во-первых, каждая культура считает свои принципы абсолютно верными, во-вторых, все общества говорят о не норме (ненормальностях), но фиксируют ее (их) по разным симптомам, оценивают по-разному, оказывают помощь в таких случаях по-разному, в-третьих, все интеркультурно фиксируемые не нормы имеют конституциональную основу (Linton, 1956). С последним тезисом не согласны Понграц (Pongratz, 1972. P. 58) и другие, поэтому Ф. Хсю считает, что общее в разных культурах, обществах и группах – это оценка социальных отношений. Все культуры сходятся в следующем: кто хочет жить без социальных контактов, считается анормальным. Короче говоря, оценка «норма – не норма» должна читаться в социокультурном контексте (F. Hsu, 1961, 1962).

Субъективная, или индивидуальная, норма предполагает сравнение состояния человека не с другими людьми, а с состоянием, в котором человек обычно пребывал раньше и которое соответствует его личным (а не предписываемым обществом) целевым установкам, жизненным ценностям, возможностям и обстоятельствам жизни. Другими словами, индивидуальная норма есть идеальное с точки зрения индивида, а не

доминирующей социальной группы или ближайшего окружения, состояние, учитывающее работоспособность и возможности самореализации конкретного человека (это Kannorm, по Понграцу, т.е. норма возможностей, потенциалов и ресурсов). Она отличается высокой индикационной оценкой в клинико-психологической практике.

Практически все авторы сходятся на мысли, что при оценке нормы следует привлекать критерии, которые опираются на разные представления о норме: статистические, социальные, идеальные и субъективные (Bastine, 1998. Р. 175).

Отклонение от нормы в клиническом контексте чаще всего может характеризоваться как *патология*. В медицинском лексиконе под патологией обычно подразумевается нарушение на биологическом уровне функционирования организма. Однако в клинической психологии в содержание понятия «патология» также включаются и такие отклонения от нормы, в которых нет никаких биологических компонентов (отсюда вполне правомерно употребление терминов «патологическая личность», «патологическое развитие личности»). Употребление слова «патология» акцентирует внимание на том, что нормальное состояние, функционирование или развитие личности изменяются вследствие морфофункциональных нарушений (т.е. на уровне мозговых, психофизиологических, эндокринных и иных биологических механизмов регуляции поведения).

Значение древнегреческого слова *patos*, от которого и происходит термин «патология», – страдание. Следовательно, под патологией можно понимать только такие отклонения от нормы, при которых человек чувствует эмоциональный дискомфорт. Однако в области психических, личностных и поведенческих отклонений от нормы у человека зачастую не возникает никакого субъективного дискомфорта и чувства страдания.

Употребление слова «патология» также предполагает наличие одной ведущей причины отклонения от нормы. Однако у одного и того же психического состояния может быть не одна, а несколько порой противоположных причин не только биологического, но и социального происхождения. Например, депрессии могут быть обусловлены нейрохимическими нарушениями (пониженная активность биогенных аминов – серотонина, норадреналина, дофамина), нейрогормональными изменениями, вызванными гиперактивностью системы «гипо-

таламус – гипофиз – надпочечники» (повышенное выделение кортизола). Но депрессии с такой же вероятностью могут вызываться жизненной ситуацией (не только текущими условиями жизни, но и культурными, эпохальными, политическими и т.д.), а также мотивационно обусловленными особенностями когнитивной переработки информации (интерпретации событий). И если вспомнить одну из базовых теоретико-методологических проблем клинической психологии, касающуюся связи мозга и психики, то трудно однозначно утверждать, изменения какого уровня выступают первопричиной наблюдаемых отклонений от нормы.

Наконец, в термине «патология» очень сильно выражен оценочный компонент, позволяющий «навешивать» на любого человека, не соответствующего доминирующим идеальным или статистическим нормам, ярлык больного.

По причине трех перечисленных особенностей употребления слова «патология» (обязательное наличие у отклоняющегося от нормы человека страдания, плохого самочувствия; предположение о действии одной ведущей причины нарушения; выраженный оценочный компонент) многие ученые выступают за его исключение из лексикона психиатров и клинических психологов, предлагая взамен термин *расстройство*, ограничив применение слова *патология* только биологическим уровнем нарушений.

Расстройство означает отсутствие или нарушение существовавшего ранее обычного для человека состояния. Употребление термина «расстройство» не предполагает обязательного наличия для того или иного отклонения от нормы однозначных причинно-следственных связей его возникновения. Расстройства могут вызываться взаимодействием ряда факторов биологического, психологического и социального уровня, причем в каждом конкретном случае тот или иной фактор может оказаться ведущим в начале, развитии или исходе нарушения. Поэтому использование в клинической психологии слова *расстройство* кажется сегодня более предпочтительным.

Определение *психического расстройства* опирается на три базовых критерия:

1) отдельные типы реакций, превышающие статистически выявленную частоту их возникновения у большинства людей в определенной ситуации в некоторый промежуток времени (например, если пять из де-

вяти признаков депрессии наблюдаются у человека на протяжении двух недель и более, то такое состояние признается расстройством);

2) состояния, мешающие человеку адекватно реализовывать поставленные цели и поэтому наносящие ему ущерб (так называемые *дисфункциональные состояния*);

3) типы поведения, от которых страдает и получает физический ущерб сам индивид, или приносящие страдание и физический ущерб окружающим его людям.

При всех практических и теоретических трудностях, с которыми клинические психологи и психиатры встречаются при определении существа психической патологии (расстройства), можно указать, – считает М.С. Роговин, – на одну закономерность, которую вполне можно обозначить как первый собственно научный критерий психической патологии. При наличии патологии в психике больного начинают доминировать *внутренние* (выделено мной. – *Г.З.*), собственно патологические законы, заслоняющие нормальную функцию регуляции действий человека по отношению к внешнему миру. Французский философ А. Рей, рассматривая такие патологические феномены, как иллюзии и галлюцинации, справедливо отмечал при этом ослабление влияния внешнего мира и говорил о доминировании субъективного. Ту же точку зрения высказывали и такие выдающиеся психопатологи относительно далекого и недалекого прошлого, как В. Гризингер и П. Жане, А.В. Снежневский. М.С. Роговин подчеркивает особую важность этого положения, поскольку в конечном итоге факт исключительно внутренней обусловленности важнейших психических расстройств является (при достаточной компетентности исследователя) безошибочным практическим критерием и в какой-то мере компенсирует несовершенство и сложность логического определения психической патологии (1981. С. 39–40). Индикаторами, причем очень ранними, «доминирования внутреннего», «потери некоторой связи с внешним миром», а значит, и психической патологии, могут выступать, как показал ряд клинико-психологических и экспериментально-психологических исследований, фиксированные формы поведения (Залевский, 1970, 1976, 1993, 2004).

На социальном уровне функционирования человека норма и патология (расстройство) выступают в качестве состояний *здоровья и болезни.*

Здоровье – это типично идеальное понятие, которое не поддается общему определению (Перре, Бауман, 2002).

Что означает «здоровый» или «больной»? Над этим медики ломают голову в наименьшей степени. Модели или эталоны здоровья представляют собой во многом продукт эпохи и культуры (Залевский, Кузьмина, 2010).

Что же такое «больной»? Это зависит в меньшей степени от суждения врачей, чем от суждения пациентов и от господствующих мнений соответствующих культурных кругов (Ясперс, 1973).

В науке существует два подхода к определению состояния здоровья: *негативный* и *позитивный*.

Негативное определение здоровья рассматривает последнее как простое отсутствие патологии и соответствие норме. Здесь норма – синоним здоровья, а патология – болезни. Однако понятия нормы и патологии более широкие, чем понятия здоровья и болезни. Норма и патология всегда континуальны: они охватывают целое множество взаимопереходящих состояний. Здоровье и болезнь выступают как дискретные, четко очерченные в своих границах состояния. Они связаны не с объективно регистрируемым отклонением от нормы, а с субъективным состоянием хорошего или плохого самочувствия, оказывающего влияние на выполнение нами повседневных функций в деятельности, общении и поведении.

Характеристика общего самочувствия оказывается центральным звеном разграничения здоровья и болезни. Здоровый человек – это тот, кто благополучно себя чувствует и поэтому может выполнять повседневные социальные функции. Больной человек – это тот, кто имеет плохое самочувствие и поэтому не может выполнять повседневные социальные функции. При этом действительное наличие или отсутствие различных отклонений от нормы на биологическом уровне существования зачастую не является определяющим для отнесения себя к здоровым или больным. Например, люди, употребившие алкоголь на вечеринке, имеют отклонения от «нормальных» параметров психического функционирования (находятся в так называемом «измененном состоянии сознания»), однако они не являются больными до тех пор, пока у них не нарушается выполнение социальных функций. Получается, что понятие здоровья шире, чем понятие нормы, а понятие болезни по содержанию отличается от понятия патологии. Это обстоятельство привело исследователей к поиску позитивных концепций здоровья.

Позитивное определение здоровья не сводит последнее к простому отсутствию болезни, а пытается раскрыть его автономное от болезни содержание.

Способность любить и быть творческим (Э. Фромм, 1964).

Здоровым является способное к деятельности лицо, которое следует оптимально его ролевым ожиданиям и которому не может быть приписана роль больного.

Общее определение здоровья, которое было предложено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), включает такое состояние человека, при котором:

1) сохранены структурные и функциональные характеристики организма;

2) имеется высокая приспособляемость к изменениям в привычной природной и социальной среде;

3) сохраняется эмоциональное и социальное благополучие.

Критерии *психического здоровья* по определению ВОЗ:

1) осознание и чувство непрерывности, постоянства своего «Я»;

2) чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях;

3) критичность к себе и к результатам своей деятельности;

4) соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;

5) способность управлять своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами;

6) способность планировать свою жизнь и реализовывать планы;

7) способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств.

Таким образом, здоровье вообще и психическое здоровье в частности представляют собой динамическое сочетание различных показателей, тогда как болезнь можно определить как сужение, исчезновение или нарушение критериев здоровья, т.е. как особый случай здоровья. Все же понятие болезни является тоже проблематичным.

В определении *болезни* существуют две точки зрения: 1) болезнь есть любое состояние, диагностированное профессионалом (то, что диагностируют врачи); 2) болезнь есть субъективное ощущение себя больным (чувство дискомфорта или тяжести: «я просто не могу больше...», приписывание себе роли больного с притязанием на привилегию или какую-то выгоду).

В первом случае болезнь рассматривается как оцениваемое по объективным признакам расстройство функционирования. Но по поводу многих болезней люди не обращаются к профессионалам, да и объективных стандартов функционирования человека не существует (во многих случаях профессионалы не могут прийти к единому пониманию болезненного состояния). Второй подход тоже имеет свои ограничения: сообщаемое пациентом состояние скорее отражает проблемы пациента, а не само расстройство. К тому же при ряде тяжелых соматических состояний изменений самочувствия может и не быть (например, туберкулез).

Понятие болезни не столько представляет собой отражение объективного состояния человека, сколько выступает общим *теоретическим и социальным конструктом*, с помощью которого обычные люди и специалисты пытаются определить возникающие нарушения здоровья. Содержание этого конструкта определяет видение причин и проявлений болезни, а также направление исследований и лечения различных расстройств. Другими словами, сначала люди определяют, что считать болезнью, а затем начинают исследовать и лечить ее.

Таким образом, конструкт болезни предполагает такую последовательность: причина – дефект – картина – следствия. Он является материалом для выдвижения гипотез, объяснения нарушений и воздействия на причины. Увидев следствия и общую картину отклонений в психической деятельности или поведении, мы, следуя конструкту болезни, начинаем предполагать, что за этими внешними признаками кроется какой-либо дефект в самом человеке, который вызван определенными для этого дефекта причинами.

Что касается психической или духовной болезни, то есть мнение, что это вообще миф (Шаш, Лэнгл).

4.2. Парадигмы, исследовательские программы и модели клинической психологии

В методологии клинической психологии различают два уровня методологической абстракции, которые обозначаются как уровень «рамочных моделей» и уровень «клинико-психологических моделей» (Bastine, 1998. P. 63).

Вообще, понятия модели или парадигмы (исследовательской программы) в научном употреблении обозначают предпосылки, на кото-

рых строится теория и/или метод исследования. Представления о модели влияют существенно на процесс познания в той или иной науке, т.е. имеют теоретико-познавательную функцию. Для теории и практики клинической психологии значение широких (метатеоретических) модельных представлений обнаруживается на примере понятий (психического) расстройства.

«Рамочные модели» – это такие исследовательские программы, которые демонстрируют фундаментальные и далеко распространяющиеся различия и которые соответствуют, скорее всего, «научным парадигмам» (Кун, 1978). Научная парадигма (гр. – модель, паттерн) – собирательное обозначение набора установок, ценностей, процедур, методов и т.д., составляющих общепринятое направление в определенной дисциплине в определенный момент времени, иначе говоря, это определенная традиция научного исследования.

Различают три рамочные модели, парадигмы (исследовательские программы) – органическую, психосоциальную и «биопсихосоциальную». Возникли они как продукт процесса научного познания и культурного «духа времени». Они также отражают разные акценты и связи клинической психологии с пограничными дисциплинами: биологическими – медициной (органическая рамочная модель), и социальными (психосоциальная рамочная модель). Интеграцию и междисциплинарные связи этих дисциплин представляет биопсихосоциальная рамочная модель.

Клинико-психологические модели – это модели более ограниченного охвата, или уровня, к которым можно отнести, например, психоаналитическую, гуманистическую, поведенческую, когнитивную, интерперсональную и др. Нередко эти модели называют «психотерапевтическими школами». Правда, этот термин чаще всего используется для указания на различные виды психотерапий, имеющие различные терапевтические подходы, базирующиеся на различных концепциях болезни и здоровья.

4.2.1. Обобщенные парадигмы

Органическая, или биомедицинская, модель болезни существует с XVII в. Она центрирована на изучении природных факторов как

внешних причин заболевания. Биомедицинскую модель болезни характеризуют четыре основные идеи:

1) теория возбудителя;

2) концепция трех взаимодействующих сущностей – хозяина, агента и окружения;

3) клеточная концепция;

4) механистическая концепция, согласно которой человек – это прежде всего тело, а его болезнь – поломка какой-то части организма.

В рамках этой модели нет места социальным, психологическим и поведенческим причинам развития болезни. Дефект (в том числе и психический), какими бы факторами он ни вызывался, всегда имеет соматическую природу. Поэтому и ответственность за лечение здесь целиком и полностью возлагается только лишь на врача, а не на больного.

В начале XX в. биомедицинская модель была подвергнута пересмотру под влиянием концепции *общего адаптационного синдрома* Г. Селье (1992, 1994). Согласно адаптационной концепции болезнь есть некорректно направленная либо чрезмерно интенсивная адаптационная реакция организма. Однако многие нарушения могут быть рассмотрены как разновидность адаптивных реакций. В рамках концепции Г. Селье даже возник термин *маладаптация* (лат. *malum* + + *adaptum* – зло + приспособление – хроническая болезнь) – длительное болезненное, ущербное приспособление. К тому же применительно к психическим нарушениям в адаптационной модели состояние болезни (как дезадаптация или как разновидность адаптации) не соотносится с особенностями личности и ситуации, в которой происходит нарушение психической сферы.

Отечественная клиническая психология, будучи тесно связанной с психиатрией, долгое время ориентировалась на биомедицинскую модель психических болезней, поэтому особенности воздействия социальной среды на процесс психических нарушений в ней практически не исследовался.

«Невроз – это болезнь» – утверждение из области психиатрии. Дело в том, что в психиатрии и психопатологии психические расстройства определяются как болезни, которые описываются так же, как и органические расстройства. Иначе говоря, к психическим расстройствам прилагается та же «органическая, или медицинская, модель».

Органическая модель нашла сильную поддержку в начале XX столетия благодаря открытию биологических причин некоторых расстройств психики и поведения. Это относится прежде всего к прогрессивному параличу, который характеризуется целым рядом таких проявлений, как раздражительность, истощение, интеллектуальное снижение вплоть до деменции (слабоумия), эмоциональная лабильность и др., и причиной которого, бесспорно, является сифилитическая инфекция. Долгое время паралич считался модельным примером психической болезни, хотя и не демонстрировал характерную и целостную психопатологию: она имела место лишь у немногих (около 10%) больных сифилисом при разной картине в разных случаях. Заболевание сифилисом является необходимым, но ни в коем случае не достаточным условием для психических расстройств.

После этого открытия начались интенсивные поиски подобных заболеваний с целью объяснить по той же – органической – модели и другие психические расстройства. Эта надежда и сегодня в большей своей части остается неисполненной, хотя есть уверенность, что различные органические мозговые процессы могут запускать психические расстройства. Воспалительные процессы (энцефалит и менингит), интоксикации, сосудистые и общесоматические заболевания (расстройства обмена веществ, болезни печени и почек и др.) могут существенно сказываться на переживаниях и поведении больного. Однако считается, что такие классические психопатологические феномены, как психозы или неврозы, не являются следствием нарушений органического субстрата.

Итак, основные характеристики органо-медицинской рамочной модели:

– психические расстройства понимаются как болезни, при которых психические нарушения – это симптомы, лежащие в основе телесных расстройств или нарушений;

– психические проблемы вызваны органическими дефектами;

– психические феномены являются эпифеноменами соматических расстройств. Если получить достаточно информации, то можно обнаружить причинную связь всех психических расстройств с этим элементарным уровнем;

– психические и социальные факторы в ряде причин имеют лишь вторичное значение, поскольку определяют не «сущность» психиче-

ских расстройств, а только внешнюю форму их проявления («патопластику»);

– методология изучения психических расстройств строится на естественно-научном, причинном, принципе;

– исследование и терапия психических расстройств должна институционально осуществляться в медицинских учреждениях.

Критика органической рамочной модели начинается с работ З. Фрейда, который хотя и был сильно привязан к органо-медицинским представлениям, приложил большие усилия для разработки понятия «психогенетическая обусловленность психических расстройств». И со стороны немецкой психиатрии уже давно раздавалась критика в сторону органно-медицинской модели психических расстройств. Так, *Е. Блейлер (E. Bleuler, 1857–1939)* еще в 1919 г. возражал против различения здоровый – больной в рамках данной модели: «Понятие психической болезни – не медицинское понятие, а социальное. Психические болезни являются изначально отклонениями от психической нормы, которые делают их носителей социально неспособными или доставляют им большие трудности» (1975. С. 59). В этом же плане высказывался и К. Ясперс. С начала 60-х гг. XX в. зазвучала критика этой модели со стороны психиатра и психоаналитика Т. Шаша (T. Szasz). Он считал медицинскую модель психических расстройств мифом. Похожие высказывания следуют со стороны интеракционально ориентированных психиатров (Гофман, Лэнгл), поведенческо-когнитивных психотерапевтов (Бандура, Ульман) и углублены с позиций социологических (Койп и др.). Так, Койп формулирует существенные концептуальные слабости органо-медицинской модели в виде четырех аргументов (Keupp, 1974):

Во-первых, психические отклонения в рамках этой модели, как и другие заболевания, – это «заданные природой нормальные константы», т.е. присущие самому организму качества, а не социальные оценки (оценивания). Тенденция этой модели ссылаться на якобы имеющиеся доказательства оказывается несостоятельной в связи с имеющимися доказательствами значения психосоциальных факторов.

Во-вторых, диагностика на основании органо-медицинской концепции ведет к приписыванию качеств (свойств). Описательная диагностика становится аскриптивной, когда тем лицам, которые получили определенные диагнозы, приписываются и другие, ненаблюдаемые

симптомы (например, опасность, безответственность). Диагнозы тем самым становятся «этикетированием» (приклеиванием ярлыков) и ведут к стигматизации. В этом процессе приписывания болезни происходит усиление обобщения: вначале «лицо ведет себя так, как будто оно испытывает страх», затем оно «проявляет себя как испытывающее страх», наконец, оно «испытывает страх». В конце концов, оно классифицируется как «невротик».

В-третьих, привлекающее внимание поведение (расстройство поведения) истолковывается как симптом или знак лежащей в его основе «болезни», а не как проблема. Проявление болезни и болезнь различаются, причем последняя представляет соматическую или внутрипсихическую причину внешне видимых симптомов. Одновременно органические, или биохимические, причины превалируют: «Всем жизненным трудностям приписываются химико-физические процессы, которые на данный момент открыты якобы медицинским исследованием» (Szasz, 1972. P. 45).

В органической модели представлен двойной дуализм, который с психологической точки зрения уже давно непригоден. В различии между «симптомами» и «причинами» психика и сома (тело) резко разделены: можно наблюдать психические симптомы, которые соматически обусловлены. Второй дуализм в том, что психически больной видится в полной независимости от среды (окружения) – внутренний и внешний миры представляют собой почти независимые единства.

В-четвертых, медицинская модель выполняет социальную функцию, поскольку «осуществляется одна из форм социального контроля, которая как таковая остается скрытой» (Койп).

Психосоциальная рамочная модель. Отвержение критикуемой органической парадигмы психических расстройств произошло благодаря большому числу различных теорий расстройств, общим для которых является подчеркивание психических и социальных условий при определении, идентификации, возникновении и терапии психических расстройств и проблем. Психосоциальная рамочная модель имеет очень сильную социально- и поведенческо-научную ориентацию и закреплена в этих дисциплинах. Она возникла как ответ на кризис органической парадигмы и жестко ставит на первый план психические и социальные аспекты в определении, возникновении и изменении психических расстройств. Эта модельная жесткость представляет

собой так называемую «стратегию желаемой односторонности» (Койп), чтобы выработкой ядерных гипотез модели и заострения стимулировать развитие альтернативных позиций.

Психосоциальная рамочная модель охватывает социологические и интеракциональные подходы (например, этикетирование, антипсихиатрия), а также гуманистические, экзистенциальные, психоаналитические, деятельностные, системные и т.п. позиции. Это выражается чаще всего в четырех основополагающих допущениях (Бандура, 1969 и др.).

1. *Континуумное допущение* постулирует, что между нарушенной (патологической) и нормальной активностью существует текучий (плавный) переход и что оба состояния отличаются друг от друга только количественно, а не качественно. Различия между обоими состояниями лежат прежде всего в частоте, интенсивности или ситуативности способа поведения. И лишь в случае привлечения особенностей носителя оценки, вызвавшей действие ситуации и контекста, а также других критериев они определяются как отклоняющиеся, нарушенные, проблематичные («больные») или нормальные («здоровые»).

2. От этого постулата следует отличать *допущение эквивалентности*. Согласно последнему в основе нормальной и нарушенной активности (поведения) лежат одинаковые изменяющие условия, т.е. в обоих случаях изменения осуществляются на основе идентичных принципов, например по законам научения и обучения. Возникновение и изменение (терапевтируемый и нерапевтируемый процесс) патофизиологических феноменов можно объяснить теми же закономерностями, что и нормальные психологические явления.

3. *Допущение контекстного обусловливания* исходит из того, что активность человека оказывается под влиянием окружающих его условий. С другой стороны, он сам формирует эти условия, свою среду. И психические расстройства также различным образом являются зависимыми от среды, особенно социальной. Так, социальная среда влияет на определение расстройства, его возникновение, течение и терапию. Предполагается, что психическая проблематика всегда определенным образом определяется социальными и психическими факторами и что эти условия при адекватном лечении учитываются в первую очередь.

4. *Мультикаузальное допущение* уточняет контекстную обусловленность психических расстройств: возникновение психических рас-

стройств является следствием действия комплексного образования причин или каузальной сети, а не линейной причиной связи. Причины могут быть разными (например, психические, социальные, соматические), проявлять себя в разное время (например, как предиспонирующие, запускающие, удерживающие) и иметь разный относительный вес. При этом разные условия возникновения приводят к похожим расстройствам. В системной теории этот феномен обозначается как эквифинальность; он говорит о том, что в открытых системах различные начальные состояния могут привести к одинаковым конечным состояниям.

Как исследовательская программа психосоциальная рамочная модель проявляется следующими характеристиками:

1) психические расстройства понимаются как «бросающееся в глаза», «отклоняющееся», «неадаптивное», «нарушенное» или «проблемное» поведение и переживание людей, которые отличаются от нормального поведения и переживания не качественно, а количественно;

2) при возникновении психических расстройств, а также при их дефиниции, изменениях и терапии самое большое значение придается социальным и психическим факторам;

3) между психическими расстройствами и их причинами имеют место не простые линейные отношения, а комплексные взаимовлияния (каузальные сети, системные связи), в результате которых, с одной стороны, различные исходные условия могут приводить к одинаковым явлениям, с другой стороны, одинаковые исходные условия могут приводить к разным явлениям;

4) методологическое (методическое) основание достаточно широкое – от количественно-экспериментальных до качественно-герменевтических подходов;

5) исследование и терапия психических расстройств осуществляются преимущественно институционально в социально-научных учреждениях.

Споры между органической и психосоциальной рамочными моделями и попытки их интеграции. Поскольку клиническая психология отягощена интенсивными связями как с биолого-медицинскими, так и с социально ориентированными дисциплинами, то она оказывается также под влиянием актуальных акцентов научных течений и моды.

Если в 1970-е гг. в клинической психологии доминировали социально-научно ориентированные исследовательские программы, то с середины 1980-х гг. начали постепенно доминировать бионаучно ориентированные исследования. В такой ситуации имеют место две опасности.

Первая опасность – в тенденции недопустимо генерализовать (обобщать) результаты с позиции модели, т.е. слишком быстро и без дальнейшей проверки с одной проблемной области, например с шизофренических расстройств, переносить на другие (даже психические) расстройства.

Вторая опасность состоит в соблазне научного редукционизма, как биологического, так и социологического. В обоих случаях требуется дифференцированная процессуальная теория, которая включала бы различные (биологические, социальные и психические) феномены, чтобы объяснить наблюдаемые взаимосвязи.

Биопсихосоциальная рамочная модель. В качестве метаконцепции, которая может интегрировать конкурирующие (органическую и психосоциальную) рамочные модели, предлагает себя «биопсихосоциальная» модель. Этим странным словообразованием делается попытка выразить то, что органические, психические и социальные условия и процессы находятся во взаимоизменяющихся отношениях и могут образовать рамки для различных перспектив и факторов. Это представление было предложено психосоматиком Энгелем (Engel, 1979, 1980)[1] на основе общей теории систем Берталанфи (Bertalanffy, 1968). Модель исходит из того, что системы представляют собой динамические целостности, которые находятся в постоянном изменении и компоненты которых оказывают влияние друг на друга посредством обмена энергиями, информацией или материей. Системы – это части реальности[2], которые выбираются не только в познавательных целях (интересах), но и отличаются от их окружения своей самоорганизацией.

Биопсихосоциальная модель представляет иерархически организованную структуру, в которой элементарное отличается от более сложных системных частей. Иерархический спектр распространяется,

[1] Эти идеи были высказаны и во многом реализовывались уже в школе В.М. Бехтерева (Незнанов и др., 2007).

[2] Клод Бернар еще в конце XIX в. писал, что системы не существуют в реальности, они – в головах людей.

по мнению Берталанфи, на физические системы (атом и его части), органические (клетки, совокупность клеток, органные системы, нервная система), личностные (переживания и поведение людей), психосоциальные (диады, семья, общины), культурные и социальные системы вплоть до биосферы как образования более сложного системного уровня. Каждая субсистема функционирует согласно собственным закономерностям и требует для анализа и объяснения своих специфических феноменов собственных критериев. Находящиеся, согласно иерархии, по соседству субсистемы существуют в постоянном прямом взаимном влиянии друг на друга, в котором отражаются органические, психические и социальные условия. Постоянная интеракция между субсистемами осуществляется в результате комплексных причинных отношений.

Пример. Развитие алкогольной зависимости.

1. На предпроблематичной стадии употребляющий алкоголь стимулируется преимущественно социокультурными условиями (питейные традиции, социальный статус взрослого и т.п.), при этом используется психофизиологическое влияние алкоголя, например его расслабляющее и снимающее торможение действие. Из этого нормального социально приемлемого пития может развиться злоупотребление алкоголем, которое становится уже «проблемным питием», но все еще остается социально легитимной формой преодоления напряжения и конфликтов. Проблемное принятие алкоголя превращается в генерализованный способ реагирования, которым пьющий пытается устранять не только прежние трудности, но и любые (даже легкие) проблемы.

2. На более поздней стадии процессы начинают влиять друг на друга циркулярно и поэтому все труднее поддаются контролю: человек пьет, чтобы стабилизировать таким образом свое состояние (избежать конфликтов и трудностей в семье, абстинентных состояний); одновременно количество алкоголя растет, чтобы добиваться, вопреки привыканию, того же эффекта; в конце концов, с увеличением дозы ухудшается физическое и психосоциальное состояние, благодаря чему круговорот значительно усиливается.

Биологические, психические и социальные факторы в этом процессе осуществляют взаимопроникновение. Биологически важными для этого процесса являются прежде всего позитивные психофизио-

логические эффекты легкого употребления алкоголя, а затем на продвинутой стадии – явления абстиненции и массивных телесных нарушений (желудочных, сердечных, а также центральной и периферической нервной системы). Психическая стимуляция вначале проявляется в виде легкого преодоления трудностей, а затем – как избегание трудных семейных и профессиональных конфликтов и проблем. Социальное стимулирование – это вначале питейные традиции, но затем эксцессивный прием алкоголя социально отвергается и пьющий социально изолируется и отвергается. Каждое из этих условий в разное время и в разной степени принимает участие в процессе развития алкоголизма. Поскольку все эти условия находятся в постоянном взаимодействии друг с другом, представляется бессмысленным отдавать предпочтение какому-либо из них (Bastine, 1998. P. 77).

Биопсихосоциальная рамочная модель, без сомнения, полезна для преодоления модельного ригоризма: здесь – органическая концепция, там – психосоциальная концепция психических расстройств. Она позволяет строить исследовательские программы, учитывающие постоянно изменяющееся взаимодействие органических, психологических и социальных условий (факторов). В данном случае все три условия рассматриваются как величины одного ранга, получающие акцент при определенных психических проблемах. Способ и объем участия различных факторов определяется конкретно на основе эмпирических данных для специфической проблемы. Биологические, психические и социальные условия понимаются как комплексные классы, которые непрерывно обусловливают психическое расстройство (проблему) в процессуальном взаимодействии друг с другом. Существенные признаки этой рамочной модели состоят в том, что она:

– исходит из участия биолого-органических, психических и социокультуральных факторов и процессов;

– постулирует комплексные интерактивные (а не только простые линейные) причинные отношения.

Биопсихосоционоэтическая модель. Сближение между клинической психологией и медициной (психиатрией) происходило и в связи с изменением представлений о модели психической болезни/расстройства – от «органической» до доминирующей на сегодняшний день «биопсихосоциальной» (Engel, 1979, 1980; Незнанов и др.,

2007), на смену которой с неизбежностью приходит «биопсихосоционоэтическая» модель (Залевский, 2005). В рамках этой модели любой феномен в объектном поле клинической психологии наиболее полно рассматривается как системный феномен с системной (причинной и непричинной) детерминацией, системной структурно-уровневой организацией (психический – функциональный, психологический – душевный, психологический – духовный) в их интимном и специфическом отношении с физическим, соматическим. Здесь, видимо, уместно вспомнить о призыве Гиппократа лечить не болезнь, но больного, а также мысль Ювенала о том, что желательно, чтобы в здоровом теле был здоровый дух; здесь излишне, мне думается, приводить многочисленные примеры здорового духа в нездоровом теле и наоборот.

Ноэтический (духовный, прежде всего в общечеловеческом, светском его понимании) аспект этой сложной модели предполагает учет роли в сохранении здоровья или в его нарушении (болезни, расстройстве) высших сущностных проявлений человека – его системы ценностей и смыслов (Frankl, 1979; Франкл, 2008). В практическом плане при оказании психологической (психотерапевтической) помощи людям верующим оказывается эффективной и опора на «религиозную духовность», о чем свидетельствует православная и другие конфессиональные психотерапии (Карвасарский, 1998).

В то же время следует отметить, что этот аспект модели здоровья и болезни в рамках представлений о биопсихосоционоэтической их природе является еще довольно слабо разработанным, особенно в клинико-психологическом контексте (Залевский, 2005, 2006).

Как свидетельствует современная практика оказания психологической помощи, психотерапевтической в том числе, из ее арсенала, даже в тех случаях, когда эта помощь оказывается в рамках биопсихосоциальной модели, выпадает собственно духовный аспект. Правда, в рамках экзистенциального (Франкл и др.) и трансперсонального (Мэй, Минделл, Гроф и др.) подходов духовный аспект находится в центре внимания, но парадокс состоит в том, что он оказывается фактически и единственным, т.е. не встроенным в целостную модель, в которой бы учитывались «все миры» человека – биологический, психологический, социальный и духовный (Залевский, 2006; Залевский, Кузьмина, 2008; Straub, 2001).

Эта тенденция, отмечаемая и сегодня, на мой взгляд, объясняется рядом обстоятельств исторического и терминологического характера. К историческим причинам можно отнести то обстоятельство, что при развитии представлений о предмете психологии из него выпал духовный аспект, а понятия «духовность», «духовный» приобрели исключительно сакральный характер и чаще всего употребляются в церковной лексике (религиозная духовность).

Об актуальности проблемы духовности в психологической теории и практике свидетельствует, например, дискуссия, организованная журналом «Психология. Журнал высшей школы экономики» в 2007 г.: «Психология – с религией или без нее?» (Психология… 2007) и «Психология и религия – дискуссия продолжается» (Психология... 2007).

Одни участники дискуссии высказались со всей определенностью, что духовность и родственные ей категории являются предметом научной психологии. Так, М.Ю. Кондратьев считает, что «духовность как личностное свойство, как характеристика личностной направленности, как базовая характеристика поведенческой активности являлась и является именно психологическим понятием, содержательно симбиозно связанным с такими категориями, как гуманность, сочувствование, в конечном счете и доброта» (2007. С. 21–22). В.А. Пономаренко даже «чувствует себя неловко, когда читает статьи дискутантов в журнале», поскольку, с его точки зрения, «дух, духовность, душа, трансцендентность, хронотоп, иллюзии, мифы, сказки, аллюзии, вера, идеалы, сновидения, художественное, образное мышление, иконическая память, воля – это ведь предмет психологии» (2007. С. 69). Д.А. Леонтьев в этой связи ссылается «хотя бы на экзистенциальную философию и психологию… в этой традиции мышления человеческая духовность, свобода, смысл, ценности и т.п. всегда принимались как основополагающая реальность вне зависимости от принятия или отвержения религиозной веры, они из нее не выводились» (2007. С. 61).

Некоторые другие участники дискуссии (А. Лоргус, А.А. Гостев, В.И. Слободчиков) придерживаются достаточно решительно иной точки зрения, считая, что духовность может быть предметом психологии, если она пойдет с религией не параллельным, так сказать, а одним путем. Так, А. Лоргус считает, что «главным тезисом в христианской психологии становится следующее: психология невозможна без духовно-ориентированного подхода к человеку, в кото-

ром предметом оказывается не только психика, богоподобная личность человека, но и душа и дух, и одухотворенная телесность» (2007. С. 61). «Зарождающийся новый портрет психологии в интерьере современности», – считает В.И. Слободчиков, – характеризуется тем, что «базовой категорией структурации общего развития – Зачем? – является ступень восхождения к полноте собственной реальности в ее духовно-душевно-телесных измерениях... это и есть предметно-проблемное поле исследований христианской психологии» (2007. С. 92, 97).

А.А. Гостев справедливо отмечал, что «главным ценностно-образующим фактором всех отношений человека является совесть. Вне ее изучения «научные» разговоры о личности и духовности неполноценны. Но проблеме совести психологи уделяют поразительно мало внимания, в то же время настоятельно советуют «современным психологам воспользоваться теологическими описаниями предмета», опираясь на «православно-христиански ориентированное психологическое знание» (ППЗ)» (2007. С. 41).

Если последовать совету А.А. Гостева, то мы, мне кажется, можем оказаться во временах, когда господствовала упомянутая выше «демоническая» модель психических расстройств. По его мнению, «основой православного взгляда на личностную психопатологию является понимание греха как ее источника, освоение понятия духовно-психологической нормы. Психопатология может быть рассмотрена как болезнь души, когда человек отклоняется от данного ему Творцом предназначения, утрачивает связь с Богом и внутреннее единство. Грех есть явление метафизическое – несоответствие человека своей истинной природе и предназначению. Особенности и мера этого несоответствия и определяет патологическую телесную, душевную и духовную жизнь... В психологическом плане грехопадение является нарушением в иерархии структур в человеке, приводящим к изменению его психологической природы. На вершине должен стоять Дух, дающий ясность и стройность психической жизни, центрирующий жизнь человека на Боге» (Гостев, 2007. С. 42).

«В одном споре на обсуждаемую сейчас тему, – пишет В.М. Розин, – мой оппонент отказывал мне в духовности, поскольку я человек неверующий. Я же пытался ему сказать, что духовность предполагает не веру, а особый способ жизни и жизненный путь. И, напротив, есть мно-

го верующих, живущих совершенно бездуховной жизнью» (2007. С. 77). Участник дискуссии Г.В. Иванченко: «Зададимся вопросом вместе с Лоргусом: можно ли представить себе живого конкретного человека без религиозности? Можно ли рассматривать человека, не имеющего религиозности совсем? Если это возможно с точки зрения психологии, то какова практическая ценность такой науки?» (Лоргус, 2007. С. 59). А почему и не представить не религиозного, но высокодуховного человека?», – спрашивает Иванченко (2007. С. 53)[3].

Д.А. Леонтьев, полемизируя, предлагает, совершенно справедливо, на мой взгляд: «Во-первых, давайте разведем такие вещи, как вера, религия и церковь. Вера есть экзистенциальный феномен, сугубо личный. Чтобы верить во что-то, человеку не нужны ни храмы, ни священники. Именно вера прежде всего соотносится с такими феноменами, как духовность или совесть» (2007. С. 59). Его также «настораживает центральное положение статьи А. Лоргуса о том, что «психология невозможна без духовно ориентированного подхода к человеку...». Ему, как, кстати, и мне и многим другим, «очень хотелось бы уточнить, что стоит за словом «невозможно»: то ли то, что в психологии обязательно должен быть и такой подход и без него она неполна (с этим спорить сложно), то ли то, что психология должна базироваться только на таком подходе и ни на каком ином?»

Глубоко и индивидуально верующий В. Франкл сформулировал четкий операциональный критерий, почему религиозные категории не должны входить в структуру психологического объяснения и помощи, религия «может быть лишь предметом, но не почвой» (2008. С. 334), мы должны иметь возможность помочь любому человеку вне зависимости от его конфессиональной принадлежности, веры или ее отсутствия, в противном случае мы не сможем называться профес-

[3] Я лично могу даже очень легко представить такого человека – это моя мама, Залевская Юзефа Михайловна, вырастившая в невероятно трудных условиях четырех детей: муж-инвалид, оккупация немцами городка на Украине, где мы тогда жили; она бесстрашно бросилась спасать свою дочь, мою сестру, которой в то время еще не было и 16 лет и которую уже загрузили в машину, чтобы увезти в Германию; послевоенный голод. Ее главное желание было, чтобы ее дети, еще трое парней – двое моих старших братьев и я – не стали «злодиями» (ворами) и «пьяницями» (пьяницами). Моя мама не была религиозной, тем более не ходила в церковь, хотя аж четыре церкви были совсем рядом, а многочисленные верующие родственники (далеко не все из них действительно были «внутренне» религиозны и с высокой духовностью) оказывали на нее довольно сильное давление.

сиональными психологами... помощь священника может быть тоже эффективной, но это будет другая форма работы, другая помощь» (Леонтьев, 2007. С. 60). «В конце концов, – говорил В. Франкл в своей московской лекции, – Богу, если он есть, важнее, хороший ли Вы человек, чем то, верите Вы в него или нет. Духовность не исчерпывается религиозностью» (2008. С. 8–9)[4].

Еще в свое время Л.С. Выготский ставит проблему выявления специфики одухотворенного поведения как высшей формы поведения (высшей психической функции) человека. Основной замысел теории речевого мышления Л.С. Выготского – показать специфику поведения человека, его отличие от других объектов естествознания. Речевое мышление выполняет здесь функцию модели одухотворенного поведения» (цит. по: Морозов, 2002. С. 19).

По мнению В.И. Кабрина, «...в академической психологии эта проблема «брезжит» как проблема смысла в мозаичном многообразии масштабов и ракурсов. Феномен порождения или открытия смысла реальности не досягаем или не решаем ни в психофизиологическом соотнесении («специфическая энергия органов чувств» Гельмгольца), ни в биопсихическом ракурсе (переход от «раздражимости» как органического процесса к «чувствительности» как сигнальному процессу при эволюционном изменении жизнедеятельности. И лишь возвращение культурно-исторического контекста обретения человеком смысловых отношений с реальностью как собственно коммуникативного, диалогического (акцентированного в работах М.М. Бахтина, Л.С. Выготского, Дж. Мида) восстанавливается в современной психологии» (Кабрин, 2005. С. 27).

Соглашаясь с авторами, которые считают, что духовность есть понятие психологическое и является предметом научной психологии, удивляемся тому факту, что редко в каком психологическом словаре и энциклопедии приводятся его дефиниции. Тем не менее я приведу ряд определений духовности.

[4] В. Франкл: «Мы изучили человека так, как его, вероятно, не изучило ни одно предшествующее поколение. Так что же такое человек? Это существо, которое всегда решает, кто он. Это существо, которое изобрело газовые камеры. Но это и существо, которое шло в эти камеры, гордо выпрямившись, с молитвой на устах» (2008. С. 119). Мне кажется, что человек – это еще и тот, кто борется против уничтожения людей в газовых камерах или, если иначе нельзя, то прихватывает с собой хотя бы одного палача.

Так, С. Крымский считает, что духовность – это принцип самостроительства человека, Л. Буева, советский философ, определяет духовность как восхождение личности к своим идеалам, ценностям, а религиозный И. Ильин говорит почти то же самое: дух утверждает в человеке высшее достоинство и взывает к его чести. По мнению М. Бахтина, «духовное пространство человека – это вертикаль, включающая возвышенное и земное, земное и небесное, добро и зло». Согласно Гете, «духовность противоположна не плоти, а хаосу возбужденных инстинктов, делающих человека рабом во тьме стихий» (цит. по: Пономаренко, 2007. С. 69–70).

Один из иностранных участников упомянутой выше дискуссии Т. де Чико приводит пример определений духовности и религиозности: «Духовность определяется как неограниченный набор личностных мотиваций, норм поведения, опыта, ценностей и установок, которые основаны на поиске экзистенциального понимания, смысла, цели и трансценденции. А религиозность определяется как набор норм поведения, ценностей и установок, которые опираются на ранее установленную религиозную доктрину и институализированную организацию (2007. С. 47).

Ноэтическая проблема, по мнению В.И. Кабрина, может быть обнаружена как фундаментальная, если мы вернем современной психологической науке достойные (релевантные) ее горизонты, т.е. вернем ей изначальную триединую проблему духовно-душевно-телесного соответствия в человеке в экзистенциальной встрече его с универсумом. Можно полагать, что основные парадигмы современной и постнеоклассической психологии (феноменалистическая, гуманистическая, экзистенциальная, трансперсональная, холистическая психология) в той или иной степени охвачены «ноэтическим ренессансом» (Кабрин, 2005. С. 26, 28). У меня лично создается впечатление, что этот ренессанс все более и более захватывает психологическую науку и практику. Я солидарен с В.М. Розиным, который говорит о необходимости «духовной навигации» для каждого человека, в том числе и для тех, «кто не религиозен, кто «обходится без этой гипотезы», им определиться с ней труднее, так как она более индивидуальна, не опирается на столь проработанные культурные формы» (2007. С. 61, 68). Поэтому новый человек – это человек не просто конституирующий себя, т.е. не только личность, а человек, вставший на путь «духовной навигации». Духовная навигация – это наблюдение за собой, продумыва-

ние своей жизни, ее смысла и назначения, это стремление реализовать намеченный сценарий жизни (скрипт), отслеживание того, что из этого получается реально, осмысление опыта своей жизни, собирание себя вновь и вновь, наконец, работа на культуру, человека и здоровье, противостояние нежизненности и разрушению (Розин, 2007).

Л.С. Выготский присоединяется к мнению тех исследователей и докладчиков, выступавших на Первом немецком конгрессе по лечебной педагогике (1922), которые отвергали концепцию moral insanity (моральной дефективности, помешательства или безумия) как душевной болезни, но понимали ее как «выпадение тех или иных ценностей или оценок, например мотивов поведения, мотивов ценностей, которые встречаются и у нормальных людей… их следует искать не во врожденном дефекте воли или извращении отдельных функций, но в среде и воспитании. Как недостаток нравственного воспитания» (1983. С. 151).

Сегодня на Руси правит бал бездуховность (жизнь не в цене) – это аксиома (17. С. 65). С этой оценкой многие, наверное, согласятся. Одним из проявлений бездуховности, или духовного нездоровья, является, несомненно, фанатизм в разных сферах и формах, следствием которого являются терроризм и даже войны (Залевский, 2007, 2008).

Наверное, пришло время «...указать людям… и другие, нерелигиозные смыслы» (Ушакова, 2007. С. 57). И в этом должна принять участие психологическая наука: «Ведь научному анализу уже доступен весьма широкий спектр синхронизаций: ген – клетка – орган – организм – индивид – личность – социум – культура» (Ясперс, 1991). Надо все сделать, чтобы греческое название человека «антропос», т.е. «устремленный вверх», т.е. к духовности не было забыто. Так же как не должно быть забыто и то, что духовность не исчерпывается религиозностью, а потому можно думать о существовании и духовности нерелигиозной, светской или просто человеческой, которая со-ответственна за сохранение здоровья человека, является условием и характеристикой личностного развития и роста.

4.2.2. Конкретные клинико-психологические модели

В сравнении с тремя предыдущими рамочными моделями исследовательские программы, которые мы будем сейчас рассматривать, являются

уже довольно специфическими и не столь глобальными. Их акценты находятся на психологических признаках. Как правило, их ядерные предположения – это представления о том, как следует определять психические расстройства, какие условия и процессы ведут к их возникновению (теоретические предположения о расстройствах), а также о том, как их лечить (теоретические предположения о лечении). Дополнительно они отличаются антропологическими концепциями (т.е. лежащими в их основе представлениями о человеке), а также, хотя и частично, методологическими подходами. Речь идет, таким образом, об обширных клинико-психологических исследовательских программах с далеко идущими объяснительными притязаниями («major approaches»).

Здесь мы кратко представим ядерные предположения, антропологические позиции и исследовательские методологии следующих клинико-психологических моделей: *психоаналитической, гуманистической, теоретико-поведенческой, когнитивной, интерперсональной (межличностной) и системно-семейной.*

Надо помнить также, что каждая из названных моделей – это скорее обозначение «теоретической семьи», члены которой близки друг другу, но не во всех существенных признаках. Отделить их друг от друга еще и потому нелегко, что нередко имеют место взаимные заимствования понятий, концепций и практик и их ассимиляция.

Психоаналитическая модель. Наверное, наиболее характерным для психоаналитической модели является то, что она не представляет собой некоторое единство. Этому способствовало то обстоятельство, что Фрейд свое понимание психических расстройств постоянно развивал и частично основательно изменял. Другим основанием отсутствия единства является огромное влияние психоанализа на другие гуманитарные (культурные) науки (литературо- и театроведение, социологию, историческую науку) и обратное влияние с их стороны.

Более того, психоанализ претендовал на то, чтобы считаться «метапсихологией», т.е. на то, чтобы самостоятельно определять, что такое психология и как ею заниматься. Противостояние психоаналитической и академической психологий начало ослабевать к 1990-м гг. благодаря точкам соприкосновения в рамках когнитивных и интерперсональных теорий, а также в недрах исследовательской методологии (см.: Barron et al., 1992).

Ближе всего к клинической психологии стоят психоаналитические модели развития личности, психопатология, когнитивная психология и, само собой разумеется, психоаналитическая терапия.

Основные допущения. Вначале Фрейд исходил из модели психических расстройств, ориентированной на органические заболевания. Он заимствовал концепцию симптомов, в основе которых находилась причина болезни. Так, при истерии он, например, предположил, что симптоматика вызвана пережитыми травмами, позже на место травм заступили бессознательные сексуальные конфликты. Место соматической причины, как это можно часто обнаружить в основании при соматических болезнях, заняла модель интрапсихической патологии (травма, конфликт). Только через более позднее дополнительное допущение «мультидетерминации» симптомов (один симптом может быть вызван и сохранен различными причинами) и учение о психогенезе психических расстройств он освободился от простой линейной каузальности, не откинув при этом окончательно модель «симптом – причина». Одновременно Фрейд убедительно обосновал, как психосоциальные и культурные условия влияют на возникновение психических расстройств. Его сообщения о понимании психических расстройств были в то время настолько оригинальными (преобразующими), что Фрейд стал наиболее влиятельным посредником между естественно-медицинской и психосоциальной концепциями. Эта посредническая позиция между науками имеет историческое значение, которое делает понятным значение психоанализа для психосоматической медицины и сегодня.

Естественнонаучный аспект выступает прежде всего в формальных и структурных допущениях его теории. Он часто прибегает к принципам, которые развиты в неврологии и физиологии и перенесены на психическое. Психические процессы делятся и топографически размещаются так, как и физиологические процессы. Структура «психического аппарата» образована инстанциями Я, Оно и Сверх-Я («структурная теория»), которая дополнена делением на сознательное, предсознательное и бессознательное («топографическая модель»). Также для объяснения психического – вслед за эволюционной теорией Дарвина (1809–1882) – заимствована параллель между онтогенетическим (историей индивидуальной жизни) и филогенетическим (историей жизни рода) развитием. Наиболее очевидными являются естественно-

научные тенденции благодаря постулату о психической энергии, психическом детерминизме и принципе реальности. Остановимся на некоторых ключевых моментах несколько подробнее.

Индивид побуждается в своей активности «*психическими энергиями*», т.е. врожденными побудительными силами, или побудительными энергиями, которые связаны с определенными аффектами (потребностями). В сбалансированном состоянии человек находится лишь тогда, когда побудительные энергии (инстинкты) находятся на низком уровне. Если же они усиливаются, возникает чувство дискомфорта (неудовольствия); если перерабатываются и «снимаются» – чувство удовольствия (принцип удовольствия – неудовольствия). Эти представления базируются на принципах, которые заимствованы из нейрофизиологии, гидродинамики и механики.

И психическое, по Фрейду, полностью детерминировано (*психический детерминизм*). Все психические явления, как и в физиологии (Гельмгольц, 1821–1894), следует сводить к определенным причинам, которыми могут быть полностью объяснены, даже если это кажется вначале и не так.

Посредством *принципа реальности* согласуются друг с другом побудительные импульсы и требования среды. Индивиды приспосабливаются к окружению (среде), выбирая и используя для удовлетворения своих потребностей такие ситуации, которые не вредят им или не имеют негативных последствий. Эта концепция указывает на параллели с теорией Дарвина, а также с физиологическим законом наименьшей траты энергии.

Шафер (Schafer, 1982. P. 15) критикует эту «физико-химическую и эволюционно-биологическую языковую смесь» и использование понятий сила, энергия, функция катактиса (Besetzung-Funktion), структура, побудитель или объект как несоответствующие предметной сфере. Вместо этого он предлагает понятия, которые описывают любой психический процесс как действие.

Психологические аспекты видятся Фрейдом с трех точек зрения:

1. Предшественники поведения чаще всего *бессознательны*. Так, поведение кажется недетерминированным, в то время как в случае привлечения концепции бессознательного может быть объяснено и в своих противоречиях. С топологических позиций бессознательное представляет собой противоположную сознательному и предсозна-

тельному и следующую другим правилам систему психического аппарата, оно образовано главным образом вытесненными потребностями. Посредством процесса вытеснения содержания становятся бессознательными, однако не пассивными, так как сохраняют свою энергию. Они пытаются в искаженной форме вернуться в сознание, например, как симптомы.

2. *Психогенетический принцип* постулирует фиксацию поведения взрослого в опыте раннего детства, особенно в том, как ребенок учился снижать биологическое напряжение.

3. Существенным третьим аспектом психосоциальной перспективы можно назвать *теорию конфликтов*: психические конфликты имеют место, «когда в субъекте сталкиваются противоположные внутренние требования». Противоположные внутренние требования возникают через расхождение между потребностями и нормами (между Оно и Сверх-Я, или Я-Идеалом), между Оно и реальностью, а также между различными Оно-побуждениями (например, между сексуальными и агрессивными потребностями). Такие конфликты являются повседневными; невротическими они становятся, когда Я оказывается недостаточно сильным, чтобы адекватно переработать конфликты посредством компромиссов с реальностью или посредством постепенного удовлетворения потребностей. «Хватается» Я за защитные механизмы, появляются трудности в сознательной переработке конфликтов, и энергия защищенного инстинкта ведет к симптомообразованию.

Антропологические допущения. Психоаналитическое представление о человеке – это, с одной стороны, биологическая, с другой – социально-научная и критическая ориентация: Я (Эго) находится в конфликте между двумя мощными детерминантами, инстинктивными силами Оно и приобретенными в процессе социализации требованиями Сверх-Я, и обе угрожают базальной самореализации. В центре психоаналитической модели находится в изначальной концепции Фрейда отданный на произвол этим силам человек, который должен защищаться от этих сил и самоутверждаться.

Методология. Методологически в психоанализе преимущественно все еще представлена специфическая герменевтическая исследовательская программа, хотя можно наблюдать тенденцию к открытости другим эмпирическим исследовательским подходам. Обоснование герме-

невтическому методу мы находим у Фрейда, который свой предмет укладывает в поле напряженности между естественной и гуманитарной науками: «...меня это тоже очень трогает, что истории болезни, которые я пишу... так сказать, не свидетельствуют о научности. Но я должен себя тем утешать, что за этот результат можно сделать ответственным, очевидно, природу предмета...» (Freud, 1893/1964. P. 227).

Психоанализ опирается прежде всего на герменевтику, которая первоначально понималась как учение о тексте, а позже – как учение о понимании смысловых взаимосвязей и тем самым концептуализировалась в качестве основания теории познания гуманитарных (социальных) наук (Дильтей, 1894): понимание должно здесь заступить на место объяснения в естественнонаучных дисциплинах[5]. Цель понимания состоит в расшифровке значений способов действий человека. В психоанализе это реализовано таким образом – и является специфическим для данной герменевтической ориентации, – что исследовательская работа осуществляется в «психоаналитической ситуации», т.е. научные знания добываются преимущественно в психоаналитической работе со случаем. Эта процедура настолько характерна для психоанализа, что обозначается как «психоаналитический метод»; ее преимущества состоят в том, что посредством нее вскрываются не только очевидные, но и скрытые смысловые структуры. Поэтому некоторые авторы обозначают ее понятием «глубинная герменевтика».

Одновременно с программной приверженностью психоаналитическому герменевтическому исследованию имеет место нередко категорическое отвержение традиционного психологического исследования.

Причины этого объясняются следующим:

– эмпирическое психологическое исследование считается иррелевантным для клинической психоаналитической теории;

– эмпирические данные не являются необходимыми, поскольку клинические данные настолько убедительны, что не требуют дальнейших независимых подтверждений;

– эмпирическое исследование представляется ошибочным применением для психоаналитических концептов, поскольку построения психоанализа базируются всегда только на отдельном случае.

---

[5] Развернутое сравнение понимания и объяснения как методов психологии представлено в ряде публикаций (Залевский, 2006, 2007).

Критика этого генерального методологического подхода направлена, с одной стороны, на исключительность, с которой представлена психоаналитическая герменевтика, с другой стороны, против явных методических ограничений, которые связаны с исследованием отдельных клинических случаев. Многие исследователи считают, что предубеждение против эмпирического психологического исследования неправомерно, а эмпирическая поддержка теоретических психоаналитических теорий посредством исследований вне клинических рамок совершенно необходима (Grünbaum, 1988; Holt, 1992; Masling & Bornstein, 1993). Некоторые психоаналитики тоже подвергают критике эту методологическую позицию. Так, Рапопорт писал: «Фрейд утверждает, что только опыт из первых рук посредством психоаналитического метода делает возможным понимание и достоверную проверку психоаналитических суждений, что достоверность психоаналитических теорий может быть оценена только лишь посредством аналитического метода и что их достоверность уже этим методом доказана и более в доказательствах не нуждается. Метод, теория и способ доказательства ее достоверности неразрывно связаны друг с другом» (1973. P. 19–20).

Следующее замечание состоит в том, что психоанализ не может претендовать на свои собственные критерии изучения, так как для него действительны те же научные требования, что и для других психологических теорий. В этой связи Райтер (Reiter, 1975. P. 28) писал, что попытка представить понимание как альтернативу объяснению и таким образом узаконить претензии на автономию области науки может с позиции научной логики рассматриваться как тупиковая. Научно-социологически герменевтический сепаратизм представляет собой стратегию иммунизации против успехов реальнонаучного метода.

И казусное (отдельных случаев) исследование, которое основал Фрейд (например, история болезни «Анны О.», «маленького Ганса», «человек-волк» и т.д.), указывает на целый ряд заметных недостатков. Например, эта процедура предполагает лишь ограниченное объективирование и проверку полученных данных. В дальнейшем информация, которая получена во время терапии, оказывается под влиянием интеракций с пациентом, так что пациент во время обследования-терапии проявляет тенденцию «продуцировать» те феномены, которые уже заранее определены теориями и интерпретациями психоана-

литика (Grünbaum, 1988). Наконец, и это касается генерализированности данных, может быть оценена информация только лиц, участвовавших в психоанализе, поэтому выводы оказываются очень ограниченными в связи с ограниченной репрезентативностью группы лиц.

Имеет место еще целый ряд препятствий, стоящих на пути эмпирической проверки психоанализа: недостаточная систематизация психоаналитической теории, нереализованные критерии непротиворечивости и интерсубъектной проверяемости и т.д. Центральное положение психоанализа – представление о структуре или топографии психического – пожалуй, вообще недоступно эмпирической проверке. Психоаналитики отвечают на критику о недостаточной эмпирической проверяемости ссылкой на обилие (содержательное богатство) глубинно-психологических концептов. Некоторые из них даже считают, что в этом плане существует мало конкурирующих с ними концепций. Но в этом и главная проблема психоанализа как научной теории, считает Перез (Perrez, 1979). Поппер – один из известных науковедов – эту критику психоанализа привел к одному знаменателю: «Мир был полон верификациями (доказательствами) этих теорий. Что только ни происходит, подтверждает их. Их правда, таким образом, казалась очевидной» (Popper, 1984. P. 35). Тем самым исследование и практика, осуществляемые согласно таким концепциям, подвергаются критике, поскольку их объяснения, обоснования и прогнозы можно измерять, всегда основываясь на одной и той же определенной Plausibilität (приемлемости, убедительности). Для исследования необходимо концептуальное разделение теоретических, методических и эмпирических данных, чтобы вообще была возможной научная проверка каких-либо утверждений.

В то же время эмпирическое исследование психоаналитических концепций развития личности и психопатологии продвинулось значительно больше, чем исследование психоаналитической терапии. Так, получены новые данные относительно развития Я-концепции в раннем детстве, когнитивной психологии (неосознаваемые процессы восприятия и памяти), ментальных репрезентаций, восприятия человека и социальных когниций. Существенный вклад в клиническую психологию можно ожидать в будущем прежде всего в том случае, когда психоаналитическое исследование откроется навстречу другим исследовательским подходам (Bastine, 1998. P. 88).

Гуманистическая модель, связанная с именами Ш. Бюлер, К. Хорни, К. Гольдштейном, А. Маслоу, К. Роджерса и др., родилась как «третья сила» наряду с влиятельными позициями психоанализа и психологии поведения (бихевиоризма). Обозначением «гуманистическая» должно было не утверждаться, что другие модели менее «человечны», но подчеркиваться, что здесь человек в его целостности, включая его смыслы и ценности, поднимался до уровня предмета науки. Прототипической для клинико-психологической модели является клиент-центрированная теория расстройства и терапии, поскольку ее основатель К. Роджерс сформулировал объемную и детальную концепцию личности, расстройства и терапии, которая наиболее эмпирически исследована. К гуманистической модели примыкают больше всего гештальттерапия, психодрама и трансактный анализ, в определенной мере и «креативная» терапия (музыкотерапия, терапия рисованием, танцевальная терапия), а также телесно-ориентированные терапевтические процедуры (дыхательная, двигательная и крикотерапия) (правда, здесь речь больше идет о терапии, а не о дифференцированной теории расстройств). Терапевтические подходы часто обобщаются как «ориентированная на переживания (experiencing) психотерапия», поскольку в центре терапевтических усилий стоят переживания клиента.

Гуманистическая модель представляет собой, особенно в клиент-центрированном исполнении, разработку ряда базовых допущений (о дефиниции и возникновении расстройств, терапии и частично также об обеспечении), антропологических представлений и методологических позиций. Наиболее сильное влияние на данную модель оказали Роджерс (1973, 1989) и Гендлин (Gendlin, 1962) в США, Тауш (Tausch, 1979) в Германии и др.

Базовые допущения. Гуманистическая модель проявляет себя в четырех основных позициях: феноменологически-субъективном подходе, подчеркивании человеческого потенциала и способностей, целостности личности и понимании психических расстройств.

В первой базовой позиции гуманистическая модель исходит из того, что суть психических процессов можно понять только с позиции отдельного индивида, поскольку только сам индивид (человек) может адекватно описать и оценить события и опыт своей жизни. Субъективный взгляд, или личная интернальная позиция, является предпоч-

тительней, чем объективное изучение психологических процессов. В межчеловеческих отношениях субъективный мир опыта, скорее всего, может быть понят посредством феноменологического метода, в котором один человек понимает другого посредством эмпатии (вчувствования). В целом можно эту позицию обозначить как феноменологически-субъективную.

Второе допущение подчеркивает значение человеческих способностей и потенциалов: индивиды в состоянии естественным путем, т.е. на основании врожденных способностей, конструктивно разобраться в социальном и материальном окружении и эффективно преодолеть трудности и препятствия. Здоровый человек вполне осознает свои способности и может рационально распорядиться способами своего поведения. При этом он устремлен к конструктивным решениям, которые удовлетворяют всех членов сообщества. Индивидуальные или социальные деструктивные способы поведения, например ненависть, эгоизм и др., являются продуктами неправильного научения/обучения, которые можно соотнести с неблагоприятными условиями среды. В своем ядре это базисное допущение содержит то, что человек обладает большим числом неиспользованных способностей и стремится в своем естественном развитии к самореализации, самоосуществлению (Бюлер, 1975) или личностному росту. Это центральное понятие гуманистической психотерапии обозначает стремление каждого человека к личностному развитию. Цель этого развития – суметь полностью использовать все личные потенциалы, т.е. стать «полностью функционирующим человеком» – «fully functioning person» (Роджерс, 1989).

Третья характеристика – это рассмотрение человека как целостности. Имеется предположение, что все способы поведения человека ориентированы на одну сверхцель, а именно – себя сохранить, стимулировать к развитию и интегрировать различные устремления. Из так определяемой «тенденции актуализации» вытекают человеческие действия и в свете этой перспективы являются имеющими смысл и целенаправленность. Понимание отдельных способов поведения лишь тогда возможно, когда устремления и активность человека рассматриваются в их целостности.

Характерным для клиент-центрированного подхода является принципиально противоположное психиатрической и психодинами-

ческой модели понимание психических расстройств. В поле зрения находится не попытка выяснить «лежащие в основании» условия возникновения психических проблем (например, болезней, конфликтов и т.п.), а актуальные трудности при преодолении жизненных проблем. «Психически здоровые» и «психически больные» индивиды отличаются только тем, в какой степени они способны преодолеть свои трудности (определенное исключение у Роджерса – это психические расстройства). Психические расстройства означают, что кто-то не может больше принять новый опыт и интегрировать его в свою Я-концепцию; человек тогда оказывается в состоянии инконгруэтности, противоречия и несогласованности между непосредственным переживанием, так называемым «организмическим переживанием», и пониманием самого себя, «Я-концепцией». В этом состоянии инконгруэтности не может быть адекватно переработан новый опыт человека, а потому он отрицается, искажается и от него человек защищается.

Антропологические допущения. Большая симпатия, которую вызывает у профессионалов гуманистически-клиент-центрированный подход, основывается, несомненно, не в малой мере на его представлении о человеке, которое служит идентификации с этой моделью и делает привлекательным для применения в обучении и супервизии. Гуманистическая субъектная модель не основывается на мощных внутренних побуждениях и внешних детерминантах, которые человека программируют и направляют. Скорее он является сам себя, согласно собственным потребностям и в адаптации к среде, регулирующим индивидом, который стремится к внутреннему росту и самореализации: «Человек представляется как сам себе пилот» (Форд, Урбан, 1967).

Критикуется концепция за слишком идеалистическую и оптимистическую картину человека, которая не учитывает богатство влияния социальных и других условий и исходит из здорового, ориентированного исключительно на ценности, нормы и условия среднего сословия. Кроме того, за скобки выводятся физические проблемы: ограничения из-за болезни, органические дефекты и несчастные случаи. К проблематичным позициям относится и допущение, что человек всегда стремится к совершенствованию и раскрытию. Метапсихологические допущения являются «персоналистическими» в том смысле,

что стремления, мотивы, опыт и концепция Я стоят в центре, в то время как социальные, культурные и материальные жизненные условия играют слишком незначительную роль.

Методология. В отношении исследовательской методологии гуманистическая концепция исходит из феноменологической позиции, которая стремится к «возможно непредвзятому описанию способов проявления». Цель феноменологического исследования лежит в широкой регистрации наблюдаемого. Возможности искажений находятся не только в личности наблюдателя, но также и в теоретических предструктурированиях и принятии традиционных научных знаний (которые в феноменологическом подходе должны обязательно игнорироваться). Свободное описание включает и субъективные данные, которые недоступны интерсубъектной проверке. При этом феноменологический подход постулирует, что он включает в себя не только эвристическую функцию, он является предметно адекватным, поскольку содержание клиент-центрированной теории зиждется на субъективном мире человека.

Сильные стороны феноменологического исследования заключаются прежде всего в возможности изучения новых феноменов, которые побуждают развитие новых теоретических и технолого-практических перспектив. Это для теории и практики значительная инновационная функция. Его слабости, как и всех качественных подходов, – в объяснении и генерализации наблюдаемых феноменов, по отношению к которым возможно лишь формулирование гипотез.

Наряду с феноменологическим исследованием существует и систематическое эмпирическое исследование. Основатель клиент-центрированной психотерапии К. Роджерс является одновременно пионером эмпирически-систематического изучения психотерапевтического процесса и его эффективности. В многочисленных эмпирических исследованиях Роджерс пытался объективировать процессы и результаты психотерапии. Он использовал магнитофонные записи терапевтических сеансов и данные психологических тестов, а также приемов субъективной оценки, которые служили выявлению терапевтических изменений. Его исследования относятся к методологическому эмпиризму, который преследует точное наблюдение феноменов, пошаговое развитие и проверку гипотез, полностью игнорируя экспериментальные правила исследования.

Расхождение между философско-атропологической позицией, с одной стороны, и систематически-эмпирическими исследовательскими подходами – с другой, привело к противоречиям между экзистенциальной терапией переживаний и естественно-научно ориентированной разговорной терапией. В то же время нельзя не заметить, что внутри клиент-центрированной психотерапии существует минимум две позиции: феноменологически-персоналистическая и эмпирически-психологическая. Первая подчеркивает неповторимость индивидуума, как и неповторимость межчеловеческих (также психотерапевтических) отношений: акцентирование интерперсональной ситуации как ведущей к изменениям условий, но недостаточное внимание другим условиям клиента, в том числе его жизненной ситуации. При эмпирически-психологической ориентации на первый план выдвигаются общие психологические подходы и методы, например дифференциальные, социальные, когнитивные условия и процессы.

К дискуссии. Клиент-центрированная психотерапия, как она была сформулирована Роджерсом, служит прототипом гуманистической клинико-психологической модели. Но под этим обозначением собраны различные силы и концепции. Так, уже в пределах клиент-центрированной теории представлены разные позиции. Примыкающая к гуманистической модели гештальттерапия побуждается целым рядом аспектов из психоаналитической модели расстройства, отрицает самоактуализацию как мотив к изменению и подчеркивает значительно сильнее личностный жизненный контекст. Другие авторы расширили гештальттерапевтический подход до широкоохватной теории эмоциональных изменений, которые включают и когнитивные процессы. Биоэнергетические подходы используют даже строгую диагностику типов характера.

Оценивать гуманистическую модель нужно более точно. Клиент-центрированная гуманистическая концепция как наиболее проработанная игнорирует на сегодняшний день дифференциально-этиологическую перспективу, т.е. различия между видами психических расстройств. Она могла это делать, поскольку рассматривала человека в его неповторимости. Тем самым игнорировались различия между группами людей, значение различных расстройств, различные свойства личности или различные условия жизни (например, принадлежность к социальному слою). При возникновении, диагностике, клас-

сификации и терапии психических расстройств такие различные признаки выводились за рамки в начальной концепции. Вместо этого концептуальный акцент делался на общие условия человеческого изменения как в персональном развитии, так и в психотерапевтическом воздействии. Правда, научно вполне легитимный акцент. Тем не менее для клинико-психологической модели это представляется недостатком, поскольку не учитываются очевидные различия между лицами с различными расстройствами. Распространенный в психоаналитической теории упрек в том, что она много дает для понимания расстройства, но мало – для изменения проблемы, для клиент-центрированной модели направлен совершенно противоположно: много дает для изменения, но мало – для выявления дифференциальных различий. Этот недостаток, однако, в последние годы смягчается, поскольку на него начинают обращать внимание.

Поведенческая модель. Поведенческая терапия за довольно короткое время заняла значительное место как в научном исследовании, так и в клинической практике. Понятие «поведенческая терапия» впервые вошло в общедоступную литературу благодаря Айзенку, Вольпе и др. Сегодня число исследований в этой области вряд ли поддается обозрению. Поведенческая терапия, по мнению многих специалистов, является доминирующим подходом в англо-американской и в немецкоязычной клинической психологии. Быстрое развитие произошло одновременно в разных областях: созданы многочисленные терапевтические методы, разработаны исследовательские стратегии, открыты сферы применения, введены диагностические и технические средства помощи, разработана теоретико-поведенческая модель психических расстройств. Под термином «поведенческая терапия», с одной стороны, понимается в узком смысле набор психотерапевтических приемов, с другой – в широком смысле – общая клинико-психологическая теоретико-поведенческая модель. Поскольку теоретико-поведенческая модель включает в себя большое число подходов, предложенных различными лицами, то иногда говорят во множественном числе о «поведенческих терапиях».

Основные допущения. Характерными признаками теоретико-поведенческой модели являются: ориентация на понятие «поведение», функциональный анализ условий, обоснование теоретических оснований и оснований применения, а также концепции расстройства.

Понятие поведения. Ранняя поведенческая терапия пыталась самостоятельно концентрироваться на наблюдаемом «открытом» поведении клиента. Это было методологически обосновано: психические процессы нужно было понять как можно более однозначно, что облегчало их описание, объективирование и валидизацию как переживания человека. Теоретико-поведенческие концепции характеризуются сильным старанием описать психические расстройства и терапевтические процессы как можно точнее в их проявлениях, в их динамике в связи с обстоятельствами, в которых они имеют место (дескриптивный анализ), и они характеризуются – от осторожной до скептической позиции – относительно объяснимости и проникновения во внутренние состояния и процессы. Этот *методологический бихевиоризм* следует отграничить от позиции *аналитического бихевиоризма,* согласно которой все субъективные процессы имеют качественные и количественные эквиваленты в наблюдаемом поведении и поэтому могут быть поняты объективно. В связи с необоснованностью аналитико-бихевиоральной позиции сегодня сохраняется лишь методологическая позиция. Тем не менее можно заметить следы аналитического бихевиоризма, например, когда диагностика опирается преимущественно на наблюдаемое поведение (поведенческий анализ), но оцениваются внутренние процессы, или когда пытаются добиться терапевтических изменений сначала через влияние на поведение.

С понятием поведения тесно связан ориентир на телесные условия и процессы. Это имеет три последствия: во-первых, телесные реакции (например, психофизиологические или психовегетативные реакции при страхах) рассматриваются как существенная часть поведения, которая учитывается при описании, объяснении и терапии психических расстройств; во-вторых, соматические факторы рассматриваются как существенные предпосылки и детерминанты поведения (например, преходящие или длительные состояния истощения, заболевания, телесная конституция, дефекты, а также вообще неврологические, физиологические, эндокринологические и т.д. особенности человека); в-третьих, привлекаются для объяснения поведения человека также поведенческо-биологические знания (например, из эволюционной теории, сравнительного исследования поведения – от этологии до экспериментальных исследований животных). Плодотворными являются такие этологические исследования при выяснении вопроса, почему люди реагируют на

определенные ключевые стимулы страхами, навязчивостями или социальным бегством. Тем самым теоретико-поведенческая модель является той клинико-психологической программой исследования, которая более всего учитывает биологические и соматические факторы.

Функциональный анализ условий. Почему кто-то испытывает страх перед экзаменами и не избавляется от этого страха? Ответ на этот вопрос лежит в рамках теоретико-поведенческой модели через точное наблюдение и анализ функциональных условий. Другими словами, осуществляется поиск закономерных «если… тогда»-взаимосвязей с учетом того, что человеческое поведение находится в функциональной взаимосвязи со средой, т.е. под влиянием условий среды. При этом анализе значительную роль играет выяснение, какие события поведению предшествовали и какие за поведением следовали (антецедентные и сукцедентные условия). Допускается, что благодаря анализу этих событийно-поведенческих секвеций может быть объяснено поведение человека, а также его мотивы, атрибуции и т.д.

Встречные базисные теоретическое и прикладное обоснования и эмпирическая проверка. В своем историческом развитии поведенческая терапия является прежде всего клинико-психологическим применением теорий научения. Она была определена, например, как «попытка изменения способов поведения и эмоций человека в процессе терапии с использованием законов современной теории научения» (Eysenck, 1964. P. 1). И Айзенк имел в виду именно принципы классического и оперантного обусловливания.

Основателями этого основополагающего ориентира считаются русские ученые И.П. Павлов (1849–1936) и В.М. Бехтерев (1857–1925), а также американцы Д. Уотсон (1878–1958) и Б. Скиннер (1904–1990). Принципиально новым в этой концепции было то, что впервые предпринята попытка применить психологическую базовую теорию к описанию, объяснению и терапии психических расстройств. Эта базовая ориентация на обоснование клинико-психологической практики посредством психологических теорий характеризует эту модель и сегодня, правда, с тремя расширениями:

– теоретико-поведенческая модель опирается не только на теории научения, но и на целый ряд других теорий, прежде всего когнитивных и интерперсональных (теории социального научения, атрибуции, переработки информации, самореализации и т.д.);

– для исследовательских программ характерна эмпирическая ориентация, т.е. эмпирическая реальная достоверность моделей расстройств и терапии считается важным масштабом и коррективом для научного и практического развития. Эмпирическое обоснование является важным компонентом теоретико-поведенческого моделеобразования, включая теоретические объяснения, технологические обоснования и прогнозы вплоть до оценки терапевтических программ в практике. Решающим оценочным фактором клинико-психологической практики всегда являются при этом результаты эмпирической экспертизы;

– клиническая практика тоже может развивать самостоятельные принципы и технологии и предоставлять теории ценные импульсы. Тем самым в обоснование практики делают вклад не только психологические базовые теории, но и сама практика существенно способствует развитию теорий. Это справедливо особенно для развития специфических моделей расстройств и терапевтических программ. В теоретико-поведенческих исследовательских программах твердо укоренился обмен между психологическими базовыми теориями и прикладными теориями.

Концепция расстройства. Теоретико-поведенческая концепция расстройства исходит из того, что расстройства проявляют себя в замечаемом со стороны поведении, различия между лежащим в основании заболеванием и симптоматикой не рассматриваются. Поскольку поведение всегда анализируется во взаимосвязи с окружающей средой (см. функциональный анализ условий), то предпринимается попытка проблематичное поведение человека рассматривать во взаимосвязи с историей научения и выявлять запускающие и удерживающие проблему условия. При этом пытаются установить способности и умения человека, чтобы использовать его сильные стороны в научении, знаниях и поведении. Имеющие место дефициты устраняются посредством целенаправленного тренинга, например посредством упражнений социальных и коммуникативных умений и навыков у лиц с социальными страхами, психическими/интеллектуальными проблемами или при реабилитации бывших шизофренических пациентов. Терапия в данном случае ориентирована – в отличие от психоаналитической или гуманистической терапий – в редких случаях на личность, но, как правило, на «поведение в ситуациях», на социальный и

жизненный контекст клиента (например, на интеракцию с другими людьми, на профессиональную или семейную жизненную ситуацию) или может концентрироваться на формировании среды (например, тренинг родительский или близких клиента, коррекция профессиональной ситуации).

Антропологические допущения. Теоретико-поведенческий подход исходит из отношений индивидуум – среда, при которых поведение, по существу, проявляет себя как функция средовых условий, в то время как активное влияние личности на среду практически не учитывается. Бандура (1986) характеризует это представление как «монодирективный детерминизм». Человеческое поведение односторонне направляется средовыми условиями. Соответственно, антропологические представления этой концепции ближе «модели робота», чем «модели пилота»: человек реагирует на силы среды вместо того, чтобы активно формировать свою среду согласно своим целям и представлениям, человеческое поведение есть ответ на стимулы и последствия. Исторически это можно понять как ответную реакцию, правда, тоже как крайность, на психоаналитические представления. Последние игнорируют влияние актуальных условий жизненного контекста и вместо этого акцентируют внимание на детерминации человеческого поведения внутренними побудительными силами. Как в теоретико-поведенческой, так и в психоаналитической модели слишком слабо учитывается самоопределение человека, которое в «пилот-моделях» занимает центральное место. В них исходят из того, что человек решает, какое поведение он реализует, с какими ситуациями он хочет встретиться и как активно будет влиять на среду.

Методология. Методологически теоретико-поведенческая модель в первую очередь ориентирована на эксперимент, благодаря которому и возможно причинное объяснение взаимосвязей. Крайняя позиция некоторых сторонников этой модели состоит в том, что соответствующие знания дает только эксперимент, что и терапия в каждом конкретном случае тоже должна рассматриваться как эксперимент: гипотеза на диагностической фазе, планомерная интервенция и оценка эффекта, верифицирующие начальные предположения.

Трудности заключаются в том, что исследование и терапия преследуют разные цели. Первое – получение новых знаний, которые строятся уже на известных знаниях и приобретаются через варьиро-

вание и контроль за условиями. Терапия, напротив, во всех этих возможностях очень ограничена.

Методологическая позиция позволила даже попытку перенести результаты экспериментов на животных в область терапии человека: например, результаты экспериментов Вольпе с кошками («невротические расстройства»).

Эти и другие ограничения экспериментального исследования в клинической психологии привели к тому, что, исходя из его объяснительного потенциала, оно остается желательным, но зачастую должно быть заменено другими эмпирическими источниками познания.

К дискуссии. Уже в конце 1960-х гг. поведенческие терапевты в большинстве своем оставили радикальные поведенческие позиции, но первоначальное обоснование поведенческой терапии теориями научения упрямо держится до сегодняшнего дня. Против теоретической ориентации ранней поведенческой терапии, основанной на обусловливании, говорит прежде всего то, что множество различных процессов научения не позволяет так просто их редуцировать лишь к двум простейшим формам. К тому же проблематичной является и возможность перенесения элементарных определений «стимулов» и «реакций», которые частенько апробированы в экспериментах с животными, на сложные структуры человеческих психических процессов.

Противоречивость бихевиорального объяснительного подхода проявляет себя при том бихевиорально-терапевтическом подходе, который оперирует концепцией самоконтроля: самоконтроль необходим при таких психических проблемах, которые обладают самоподкрепляющим потенциалом, например при зависимом поведении (злоупотребление алкоголем, наркотиками, лекарствами, едой, табаком и т.д.) и при выраженном поведении избегания (страх и, прежде всего, фобии). Программы самоконтроля исходят из предположения, что человек намеренно и планомерно ориентирует свое поведение на представления цели и в смысле этих представлений может его изменять. При этом процессы самонаблюдения, самооценки и самоусиления играют центральную роль во внутренней регуляции собственного поведения. Лишь реконструкция этих подходов на основе эпистемологической модели субъекта (субъектной модели) может объяснить противоречия, которые рождают программы самоконтроля внутри теоретико-поведенческой модели.

В своей емкой книге о принципах поведенческой модификации Бандура (1969. С. 63) выступает против как бихевиоральной, так и психоаналитической позиции: «...человек – это ни интернально побуждемая система и ни пассивно реагирующее на экстернальную стимуляцию существо». Бихевиоральная позиция в дальнейшем обогащалась когнитивными и социальными (т.е. «интерперсональными») концепциями, которые привели в результате усилий по интеграции различных развитий к более основательному пониманию теоретико-поведенческой модели и поведенческой терапии. Привлечены были прежде всего когнитивные процессы регуляции внимания, решения проблем и целенаправленного мышления, переработки информации, мотивации, ожиданий самоэффективности и т.д., а также научение через наблюдение, символические и интерперсональные сравнения. Сегодня можно больше говорить о социально-когнитивной поведенческой терапии. Поэтому современную поведенческую терапию можно характеризовать следующим образом:

– базисом поведенчески-терапевтического знания являются знания, добытые из систематического эмпирического исследования и связывающие основания психологического знания с их применением;

– биопсихосоциальная ориентация принципиально исходит из взаимоотношений между биолого-соматическими, психическими и контекстуальными условиями, которые должны учитываться при этиопатогенезе и терапии;

– ориентация на изменения: процессы человеческих изменений следует понимать особенно дифференцированно;

– систематическое и целенаправленное лечение: идентификация проблемы (диагностика) – интервенция – оценка;

– ориентация на специфичность расстройства: развитие концепций расстройства и терапии для специфических расстройств.

Когнитивная модель. Уже к началу 1960-х гг. появились вместе с «рационально-эмотивной терапией» А. Эллиса (1962) и «когнитивной терапией» депрессий А. Бека (1963) первые когнитивно ориентированные психотехнологии, которые одновременно представляли модели возникновения психических расстройств. Оба модельных представления были важными предтечами и первопроходцами когнитивного подхода внутри клинической психологии. Эта модель затем дала много решающих импульсов для этой дисциплины. Можно с полным

правом утверждать, что за последние десятилетия когнитивный подход стимулировал появление многих идей.

Огромный научный потенциал виден благодаря тому, что из когнитивной перспективы внесен вклад в центральные клинико-психологические темы, как-то: регуляция действием и поведением, переработка информации, концепция Я, понимание эмоций, восприятие социальных отношений, а также темы из психологии развития. Подверглись исследованию, например, значение инсайта, знания (рациональные и иррациональные), убеждения, ожидания, предопыт, объяснения, атрибуции значений, самовосприятие и самооценка, способности преодоления, восприятие ситуаций, среды и других лиц, планы, постановка целей, осознанная, автоматизированная и неосознанная переработка информации, решение проблем и т.д.

Специфические теории расстройств уже не могли обойти стороной необходимость учета когнитивных процессов при объяснении и терапии психических расстройств. Одновременно когнитивные теории смогли взять на себя важную функцию мостов, чтобы установить связи между различными клинико-психологическими моделями и стимулировать интегративные подходы. Примерами тому могут служить теории переработки информации и когнитивных схем, которые послужили мостом между психоаналитическими и когнитивными теориями. Теории решения проблем посредничают между теоретико-поведенческими и когнитивными подходами. Стресс- и копинг-теории связывают между собой бихевиоральные, соматические, интерперсональные, когнитивные и эмоциональные аспекты.

Интегративный потенциал когнитивных моделей еще далеко не использован полностью. Объединенные в когнитивной модели теории очень разнослойные (разноуровневые). Это связано с тем, что содержание ее заполняется из разных источников: из междисциплинарной «когнитивной науки», из нейронаук, из теории науки, из различных психологических базовых дисциплин, а также из клинико-психологических подходов к определенным психическим расстройствам (например, депрессивные и эмоциональные расстройства), а также психотерапий (например, РЭТ, гипнотерапия).

Базовые допущения. Общий базис различных когнитивных теорий – это два постулата об отношениях между индивидуумом и средой. Первое допущение говорит, что люди, направляемые знаниями и це-

лями, влияют на свое окружение активно, формируя его. Второе допущение гласит, что среда влияет на переживание и поведение человека в меньшей степени прямо и непосредственно, но прежде всего через его воспринятую и значениями наполненную субъективную реальность – человек «конструирует» свою реальность. Это допущение обозначается как «когнитивный конструктивизм». В целом когнитивная модель отражает представление о познающем и рефлексирующем человеке. Содержательно процессам постановки целей, восприятия, знания, оценивания, объяснения и т.д. придается очень большое значение для развития и изменения психологических проблем. Чтобы выразить постановку акцентов и при обозначении нарушенного переживания и поведения, в большинстве случаев ведут речь не о «расстройстве» или «бросающемся в глаза», а о психологических проблемах.

Одним из основателей точки зрения, что люди реагируют прежде всего на ими же «конструируемую» реальность, является Д. Келли (1955): процессы человека регулируются психологическим способом, которым он антиципирует события. Субъективная реальность конструируется человеком и формулируется более или менее ясно в «личностных конструктах», с помощью которых человек пытается понять самого себя и мир и их преодолеть. Конструкты служат человеку, как и исследователю, для понимания среды (или предмета исследования); они сравнимы с гипотезами, которые могут быть модифицированы опытом. Проблемы способности приспособления человека к своей среде, между прочим, возникают благодаря тому, что конструкты находятся в противоречии или что отдельные конструкты изменяются таким образом, который нарушает общую систему. На основании этих допущений становятся возможными различные способы реконструирования и оказания помощи. Таким образом, теория, которая возникла еще до «когнитивного поворота» в психологии, предоставляет важные основания для более поздних когнитивно-клинических подходов.

В когнитивном конструктивизме допускается, что люди добывают знания активно и антиципаторно, конструируя восприятие окружающего мира согласно своим предзнаниям, своему опыту, своим убеждениям и т.д. Воспринятое понимается как результат конструированной индивидуумом активности. Только маленькая часть этих

конструирующихся когнитивных порядковых процессов осуществляется осознанно, в то время как большая часть протекает «молча», ниже порога осознавания. Эта конструктивистская точка зрения представлена в клинической психологии и психотерапии не только в рамках когнитивной модели, но также внутри интерперсональной модели, например в системной терапии.

В радикальном конструктивизме постулируется, что все восприятия и когниции представляют собой активные конструкции человека, которые не говорят о реальности, и что все познание справедливо по отношению к познающему субъекту. В связи с этим конструктивизму ставится вопрос о том, какие восприятия и в каком объеме конструируются человеком и насколько сильно они связаны с реальностью. Клинико-психологически этот вопрос является особенно релевантным тогда, когда надо решать, насколько эти конструкции действительности человека адекватны и понятны: являются, например, негативные убеждения, которые имеет депрессивная пациентка относительно себя и своего опыта, реалистичными или нет? Эллис представляет в связи с этим рационалистическую позицию: он рассматривает иррациональность убеждений как решающую причину психических расстройств.

Переработка информации. Как происходит искажение восприятия реальности? Почему неприятные события вспоминаются реже? Как приобретаются определенные убеждения (о собственной личности, о социальных отношениях, о видении мира) и почему они так упорно оберегаются? Почему отдельные ситуации в детстве или единичные события в жизни человека приобретают такое значение для его субъективного жизненного процесса? Почему опять же другой опыт остается неосознанным? Почему депрессивные люди не хотят расстаться с мыслью, что они сами во многом недееспособны и что их настоящее и будущее не оставляет им никакой надежды? Подходы в рамках переработки информации порой выступают даже как самостоятельная «парадигма» для клинической психологии.

Многие из этих вопросов находятся во взаимосвязи с неосознаваемыми процессами переработки информации. Понимание неосознаваемых процессов частенько связывают с психоанализом как наиболее влиятельной теорией. Ее понимание неосознаваемого, как известно, строится на топографической теории Фрейда, согласно которой

неосознаваемые процессы активно влияют на поведение и переживание, организованы по-другому и следуют другим правилам, чем осознаваемые процессы. Они никогда или лишь в исключительных случаях (например, во сне) могут быть доступны сознанию. От этого «психодинамического неосознаваемого» следует отличать когнитивно-психологическую концепцию неосознаваемого.

Кильстром и соавт. (1992. С. 789) пишут, что «психодинамическое неосознаваемое «горячее» и «мокрое», поскольку оно рассматривается концептуально; с одной стороны, оно связано с желанием и злостью (сексуальностью и агрессией), с другой – выступает как нечто примитивное и иррациональное. Представление о неосознаваемом в современной психологии, напротив, покладистей и мягче, связано с реальностью и рациональней. Общим для обоих представлений является то, что переживание и поведение в большей части протекают неосознаваемо. Экспериментальные исследования могли, например, показать, что имеются непосредственные и пролонгированные последствия «едва воспринимаемых», «воспринимаемых и незаметных», а также «заметных, но опять забытых» событий (сублиминальное восприятие, или субцепции, селективное внимание, селективное забывание). Посредством упражнения мысли и действия могут быть автоматизированы, т.е. не контролироваться сознательно, быть непроизвольными и выполняться без усилий («автоматические мысли»). В клинических случаях это доказывается, когда пациенты не осознают события, которые на них действовали.

Уже в конце XIX столетия П. Жане (1889) описал такие процессы нарушения сознания у истерических пациентов, которые теряли память без каких-либо органических оснований или теряли способность видеть или слышать. Жане, благодаря тщательному изучению, показал, что эти функциональные расстройства могут быть приведены в соответствие с актуальными или прошедшими событиями. Он обозначил эти явления как disagregation (дисинтеграции), а сегодня мы говорим о диссоциации, или диссоциативных расстройствах: нормальные интегрированные психические события дробятся на части, которые полностью сознанию уже недоступны. Жане объяснял эти наблюдения тем, что травматический опыт перемещается в развивающееся бессознательное. Иначе, чем в психоаналитической теории, Жане предположил, что это бессознательное не предшествует, а обра-

зуется лишь вместе с этим опытом и что оно не обладает собственной динамикой. К диссоциативным расстройствам относится также множественное расстройство личности – индивид переживает себя во многих личностных идентичностях и состояниях деперсонализации и дереализации (индивид воспринимает себя самого и свое окружение как нереальное, отдаленное от него или протекающее автоматически).

Да и в нормальном поведении случается, что очень сложные образцы поведения непосредственно доступны без того, чтобы быть осознаваемыми индивидом во всех аспектах. Это справедливо, например, для способов интерактивного поведения, направляемого так называемыми когнитивными схемами (имплицитное, или молчаливое, знание). Схемы организуют имеющийся опыт и воспоминания, они направляют поиск и переработку новой информации, а также действия человека. При активировании части схемы (одного из признаков) активируется вся схема. *Когнитивные схемы, или карты,* – это приобретенные в процессе социализации программы, которые организуют и направляют переработку опыта (например, как воспринимаются события) и готовность к действию индивида. Когнитивно-аффективные схемы привлекаются для объяснения возникновения психических расстройств, их терапии, например депрессий (Бек и др., 1992), шизофрении (Чомпи, 1994), различных расстройств (Гуидано, 1987; Махони, 1991), клинических оценок и диагнозов.

Когнитивные теории деятельности. Понятие деятельности (действия) является основанием целого ряда теорий, которые можно приписать эпистемологически субъективным моделям. Действия – это способы поведения, которые намеренно ориентированы на достижения цели и которые полностью осознаются действующим индивидом.

Социально-когнитивная теория научения понимается как специфическая форма теории действия. Первичная цель этой теории – объяснить общие процессы изменения вплоть до развития личности («theory of change»). Предполагается, что такие процессы изменения запускаются:

– определенными способностями и компетенциями;

– символизированием, которое придает событиям и опыту значение, форму и постоянство (символизирующая компетентность);

– предварительным размышлением и планированием (антиципаторная компетентность);

– заменяющим научением через наблюдение (компетенция заменяющего научения);

– саморегулирующей компетентностью, т.е. способностью регулировать через собственные действия внутренние стандарты, ценности и цели;

– саморефлексирующей компетентностью, т.е. способностью размышлять о собственном опыте и получать тем самым новые знания о себе и окружающем мире.

Дефицит этих компетентностей (например, сверхгенерализация или неправильная антиципация угрожающих событий), неблагоприятный опыт научения (например, неадекватные социальные модели) или экстремальный, перенапрягающий индивида опыт могут вести к тому, что индивид будет больше не в состоянии адекватно преодолевать обыденные, но особенно стрессовые жизненные события. Обладающий достаточным количеством этих компетенций может их использовать, чтобы успешно справляться с трудностями. Если их не хватает, трудности представляются запредельными либо развиваются напряженные неадекватные представления (например, «страх перед страхом»), усиливаются эти страхи, развиваются соматические расстройства, повышенная самозащита, выраженное поведение избегания.

Решающую функцию приобретает, согласно Бандуре, так называемая self efficacy – самоэффективность индивида, т.е. его оценка, в какой степени он контролирует ситуации, события, которые влияют на его жизнь. Если у клиента/пациента дефицит самоэффективности выявлен в начале или в процессе терапии, то с ним надо обязательно и систематически работать и устранить его.

Антропологические допущения. С возникновением когнитивной модели сформировалась в клинической психологии и другая картина, которая исходит из представления о познающем человеке. Эпистемологическая субъектная модель понимает человека как познающего и рефлексирующего субъекта, который активно и самоопределяюще формирует окружающий мир. В этом формирующем процессе представлено и субъективное восприятие мира, которое не в малой части своей рассматривается как социально обусловленное. Субъект «рефлексивен», поскольку может обратить к себе самому свое мышление.

Эти представления отграничивают бихевиоральные и психодинамические модельные представления, которые подчеркивают влияние

объективных условий (бихевиоризм) или интрапсихических побудительных сил (психоанализ). Такое понимание и отграничение имеют свои преимущества и недостатки: с одной стороны, и это следует оценить позитивно, демонстрируются осознаваемые, направляемые здравым смыслом, произвольные и саморефлексивные части человеческого действия, а также показывается, как процессы планирования, конструирования действительности, инсайта, субъективного объяснения и оценивания и т.д. обусловливают действие. С другой стороны, и в этом слабость модели, только ограниченно привлекаются мощные детерминанты поведения как аффективные побудители человеческого поведения, объективные факторы среды и биолого-организменные/телесные процессы. Правда, предпринимаются попытки преодоления этих ограничений.

Методология. Методологически лейтмотив когнитивной клинико-психологической модели состоит в том, чтобы привести к усилению и новому развитию качественные, герменевтические исследовательские подходы, поскольку последние делают возможным прямой доступ к субъективным восприятиям, конструктам, знаниям и опыту. Исходя из этого, было предложено много диагностических техник, чтобы понять клинически релевантные когнитивные процессы. Но и роль диагностируемого индивида существенно при этом изменилась, поскольку он мигрировал от «исследуемого объекта» к соучаствующему исследуемому партнеру. Требование было выдвинуто, чтобы при модификации экспериментальной методики изучаемый индивид превратился в партнера изучения, чтобы его понимание цели эксперимента, его «определение ситуации» и его собственная оценка «результатов» были учтены как данные исследования, которые следует оценить и обсуждать.

Качественно-герменевтические исследовательские подходы должны быть проверены на предмет «внутренней» и «внешней» валидности исследования. Внутренняя валидность в опасности, если результаты исследования находятся под влиянием неконтролируемых факторов, а потому выводы оказываются недостоверными. Внешняя валидность, напротив, относится к обобщающей способности результатов исследования относительно других (исследуемых) лиц, ситуаций, признаков и т.д. Внешняя валидность качественно-герменевтической процедуры – ее обобщающая способность – часто очень ограничена,

поскольку эти исследования в большинстве проводятся на небольшом количестве случаев или на малом количестве групп испытуемых. Также и внутренняя валидность этих исследований представляется часто проблематичной, поскольку особенности интеракций между исследователем и исследуемым, исследовательской ситуацией, различным протеканием исследования у различных испытуемых или не поддающиеся стандартизации оценки оказывают влияние на результаты. Поэтому в рамках когнитивной модели предпринимаются большие усилия, чтобы результаты обезопасить методически и по меньшей мере обеспечить их внутреннюю валидность насколько возможно. Этого добиваются прежде всего тщательным документированием, формализацией процесса исследования и оценивания, а также посредством критической проверки диалогов, например «сбивающих вопросов» или независимого оценивания аудио- или видеодокументированного поведения.

К дискуссии. Когнитивная модель является одним из продуктивнейших подходов последней четверти прошлого и начала этого столетия. Продуктивность ее для клинической психологии состоит не только в том, что внутри этого подхода возник спектр когнитивно ориентированных этиологических теорий и психотехнологий, но прежде всего в интегративном влиянии. Это стало возможным потому, что представители модели не понимали себя основателями клинико-психологической или психотерапевтической «школы», которую следует отграничить от других. Интегративность проявилась по меньшей мере в трех различных сферах:

Во-первых, посредством когнитивных подходов были установлены связи между различными клинико-психологическими моделями, и это послужило их креативному развитию. Примерами тому являются концепции сознательной и бессознательной переработки информации или когнитивно-психодинамические Я-концепции и терапевтические подходы.

Во-вторых, этот подход поднял вопросы, которые имеют значение для всех клинико-психологических моделей. Важнейшим примером тому может быть базовое допущение о познающем и активно воздействующем на окружающий мир человеке.

В-третьих, из когнитивных представлений возникли интересующие многих клинико-психологические темы: значение эмоций, Я/Са-

мости и развития индивида, самоуправляющее и самоопределяющее поведение и т.д.

Открытость представителей этой модели относительно возможности ее дальнейшего развития гарантирует, что модель останется значимой для клинической психологии и в будущем (Бастине, 1998. С. 107).

Интерперсональная модель. Интерперсональная модель делает предметом своего рассмотрения не отдельного индивида, а социальную группу и структуру ее внутригрупповых отношений. Такие единицы представляют собой в первую очередь констелляции близких друг другу или вместе проживающих (пары, семья), а также группы людей, созданной для определенных целей на короткое время, как, например, терапевтическая группа. Тем самым единицей анализа является не индивидуум, а социальные трансакции между различными лицами или система семьи, или группа как целое. Индивидуальное поведение рассматривается как часть структурных или функциональных условий интерперсональных отношений.

Одним из основателей интерперсональной психопатологической теории считается американский психоаналитик Г. Салливен (1892–1949), который считал межчеловеческие отношения решающими для развития личности. Относительно независимо от этого затем возник целый ряд различных интерперсональных исследовательских программ, которые расширили интерперсональный подход: коммуникативно- и семейно-теоретические теории и терапевтические практики, невербальное коммуникативное исследование, интерперсональное исследование личности, обменная теория и др.

С тер пор интерперсональный подход в клинической психологии относится к самым живо развивающимся. Из-за гетерогенности и быстрого расширения поля еще не очень определилась удовлетворительная систематика различных вкладов. Можно лишь выделить предварительно следующие группы:

– коммуникативно-, семейно- и системно-теоретически ориентированные терапии (семейная терапия, системная терапия, системно-ориентированная терапия пар и индивидуальная терапия);

– социальная сеть учреждений и поддержки (этиология психических расстройств и проблем здоровья);

– семейные коммуникации (экспресс-эмоциональная и психо-эдукативная семейная терапия);

– интеракциональные или интерперсональные теории расстройств, например депрессий, страхов, аддиктивных состояний, расстройств личности;

– клиническое семейное исследование (исследование проблем вроде насилия и злоупотребления в семье, брачные проблемы, расставание и развод, хроническое заболевание, инвалидность или смерть детей и других близких, психически больные члены семьи);

– интеракциональные или интерперсональные специфические аспекты при соматических заболеваниях и кризисах здоровья (например, раке, болезни Альцгеймера, кардиоболезнях, инфертильности и др.);

– различные подходы в групповой терапии;

– основополагающие вклады в пограничную сферу между социальной и клинической психологией;

– психотерапевтическое исследование отношений и интерперсональная диагностика.

Базовые допущения. В этом трудно обозримом поле большая заслуга Кизлера (Kiesler, 1982), который сформулировал в своей статье об «Интерперсональной теории личности и психотерапии» шесть базисных допущений, характеризующих интерперсональную модель:

1) интерперсональные теории заняты социальными трансакциями, а не поведением индивидов. Тем самым межчеловеческое поведение стало единицей анализа;

2) конструкция Я занимает центральную теоретическую позицию. В своем развитии и функцией пожизненной Я схвачено социально, интерперсонально и трансакционально. Я-система развивается из социальных интеракций с другими индивидами, особенно со значимыми лицами, а также выражает себя в саморепрезентации другим. Это базисное допущение делает заметной тесноту связи интерперсональных и когнитивных теорий;

3) интерперсональные образцы поведения позволяют себя описать на основе двух-трех базовых измерений, которые могут быть определены как «контроль» (доминирование – подчинение), «связь» (любовь – ненависть) и «включение»;

4) ввиду связи между индивидуумом и средой интеракциональная позиция заполняется двумя частичными допущениями. Во-первых, допускается, что как объективные, так и субъективные признаки среды

влияют на поведение регулирующе. Во-вторых, социальные ситуации оцениваются как более значимые для человеческого поведения, чем личностно обусловленные;

5) интерперсональные теории предпочитают скорее циркулярную каузальность, чем линейную. «Человеческое социальное поведение помещено в сеть обратных связей, в которой «эффект» влияет на «причину» или ее изменяет; индивид одновременно аффицирует среду и аффицируется средой; зависимые и независимые переменные являются произвольными и взаимозаменяемыми;

6) человеческие трансакции осуществляются посредством коммуникации на двух уровнях, один из которых обозначается как содержательный аспект, другой – как отношенческий.

В интерперсональной исследовательской программе реализуется совершенно отличная от органической и других клинико-психологичских моделей перспектива. Сторонники этой модели высказывают мысль о малой полезности всех других моделей (Haley, 1980) либо о смене парадигм в смысле Куна.

При этом интерперсональная модель представляет собой гетерогенное понимание подходов, которые на основополагающий вопрос, какое значение имеют интерперсональные процессы при объяснении психических проблем, дают по меньшей мере три разных ответа, занимают три разные позиции:

1. В первом варианте расстройство отношения предстает как собственное ядро множества психических расстройств – психические расстройства есть расстройства отношений. Отсюда психическая проблематика определяется как различные формы расстройств «отношений», «коммуникаций», «интеракций» или социальных трансакций. Пример этой позиции – это понимание депрессий как ответ на расстройство социального пространства, в котором человек получает поддержку и подтверждение своему опыту; без учета социального контекста депрессии не объяснить.

Чтобы подчеркнуть встроенность индивидуальных трудностей в интерперсональные социальные отношения, Кизлер говорит не о психических расстройствах, а о жизненных проблемах, которые возникают изначально и кумулятивно из того, что индивид не воспринимает и не корректирует саморазрушающие, интерперсонально безуспешные аспекты его коммуникации.

2. Вторая позиция объясняет интерперсональные проблемы эпифеноменами психических расстройств, т.е. психические расстройства выражают себя, как правило, в интерперсональных трудностях. Интерперсональные проблемы являются с этой позиции значительным способом выражения лежащего в его основе расстройства (например, невроза страха) и могут быть привлечены в качестве индикатора психических отягощений.

3. Третья позиция отказывается, в отличие от предыдущих, от высказывания о сущности психических расстройств (онтологическое суждение) и ссылается на интерперсональные причины последних. В этом случае ответственными за появление, течение и изменение психических проблем становятся в первую очередь интерперсональные факторы, например социальные потери вследствие смерти или расставания с жизненно важным партнером, недостаточная социальная поддержка при хронических или острых нарушениях, ответственность за психически или физически больных близких и т.д. Социальные условия и развития видятся главными причинами психических расстройств. Эта позиция представлена главным образом в рамках клинических семейных исследований и социальной патопсихологии.

Психические расстройства с интерперсональной точки зрения демонстрируются на примере коммуникативного и интерактивного поведения больных с навязчивостями. Кизлер отмечал: «Многие больные с навязчивыми представлениями демонстрируют себя преувеличенно социальными, логичными и контролирующими себя. Часть коммуникативного поведения представляет собой исключительно старательное использование слов, частую модификацию мнений и чувств, монотонный голос и очень маленький репертуар выразительных средств и невербальных способов поведения. Как прямое следствие этого коммуникативного стиля – интерактивные партнеры таких клиентов постепенно воспринимают их реакции как комплементарные к его влиянию, а именно – скуку и нетерпение; у них появляется чувство, что их оценивают, а потому становятся со своей стороны более сдержанными в своих высказываниях мнений и чувств и т.д. На основании преимущественно негативной тональности этих друг в друга проникающих процессов другие проявляют тенденцию не общаться с больными с навязчивостями либо реагировать похожим способом – неясно, осторожно и неконгруэнтно. Конечный результат в

обоих случаях такой, что больной с навязчивостями себя чувствует все более изолированно и одиноко, лишь немногие – если такое вообще имеет место – имеют интимные отношения и постепенно начинают страдать от страха и депрессии. Кроме того, страдающий навязчивостями мало знает о том, как он в это жалкое состояние попал и в какой мере он сам ответствен за это» (Kiesler, 1982. P. 13).

Семейно-ориентированный и системный подходы. Более содержательная и последовательная интерперсональная концепция возникновения и терапии психических расстройств вышла из коммуникативно- и семейно-ориентированной исследовательской программ. Эти подходы действительно открыли новое измерение при вовлечении структуры и функции семейных отношений в объяснение и терапии психических проблем, которые значительно расширили позиции и клинические возможности терапии. Решающий вклад состоит в том, что еще более последовательно, чем в теоретико-поведенческих подходах, игнорируется индивид и собственно предметом исследования делается сплетение интерперсональных отношений. Духовным отцом этого подхода считается американский антрополог Грегори Батесон (1904–1980). Например, он показал, что значительный прогресс за пределы механического научения лишь тогда достигается, когда привлекаются для этого контекст или рамки, в которых осуществляется научение. Через контекст, например, мы находимся в «игре», «в профессии», «в интервью», «в дискуссии» – изменяются правила коммуникации и тем самым значение сообщения. Другими словами, через правила определяются метаправила, которые определяют, как должно быть понято послание. Эти соображения Батесон применил к клиническим феноменам. Например, он попытался по-новому объяснить шизофреническую коммуникацию, возникновение алкогольной зависимости и коммуникацию в психотерапии, чтобы выявить новые возможности терапии.

Следствием этого подхода является способ и путь, как понимаются психические проблемы и психические расстройства: не как расстройство отдельного индивида, а как расстройство в контексте межчеловеческих отношений – как нарушение в социальной системе, к которой принадлежит пострадавший, прежде всего в семье. Индивид с нарушенным поведением рассматривается в роли «идентифицированного» или «дезигнированного» пациента, который получает и прини-

мает, не осознавая эту роль, чтобы сохранить гомоэстатически баланс отношений между членами семьи. Психическое расстройство члена семьи понимается в таком случае как дисфункция семейной системы. На индивидуальном уровне симптом отдельного кажется бессмысленным, в то время как на уровне семьи становятся понятными его смысл и действенность в стабилизации определенной системы отношений. Шизофреническое поведение члена семьи может толковаться как реакция на ловушку отношений или ситуацию двойной связи. Терапия в таких случаях нацелена на изменение структурных и динамических условий семьи. В практическом плане часто привлекаются похожие методы, которыми пользуется когнитивная поведенческая терапия.

Системная терапия – это одна из форм семейной терапии, которая была развита группой под началом Марии Сельвина-Палацолли, сильный упор был сделан на системно-кибернетических представлениях. Семья и пациент понимаются как самоорганизующаяся система, которая ввиду внутренних и внешних опасностей пытается сохранить равновесие. В трудных случаях какой-либо член семьи развивает психические симптомы, чтобы сохранить структуру и функцию семьи (например, семья сплачивается и сохраняется, заботясь о булимической и анорексической дочери). Через терапевтическую метакоммуникацию в семейной ситуации психические симптомы отдельного индивида приобретают совершенно новое значение, когда они могут быть истолкованы не как «мешающие», а как вносящие позитивный и творческий вклад в семью. Этот процесс изменения семейного знания и значения (семейная эпистемология) является конструктивным процессом, который запускается в ход семейно-терапевтическим перетолкованием, описанием симптомов или позитивной коннотацией симптоматики.

Антропологические допущения. Различные подходы внутри интерперсональной модели еще до сего дня не развили общие представления об антропологическом каноне. По крайней мере, выдвигается предположение о человеке как продукте многолетне существующих межчеловеческих структур, тем самым подчеркивается в меньшей степени автономия индивидуума, а больше определяемость другими. Индивид отступает на задний план, а на передний выступает система. Пренебрегают также учетом отношений к широкому кругу социокультурных и экопсихологических условий, в которых живут люди, семьи, группы;

тем удивительнее представляется этот ход мысли сегодня, поскольку в западных индустриальных обществах значение семьи для отдельного человека, сравнительно с другими контекстными условиями, заметно снизилось. Оба аспекта, игнорирование активно действующего индивида, а также других материальных и нематериальных средовых условий подчеркивают личную зависимость от социальных структур и затрудняют, несомненно, преодоление таких социально обусловленных феноменов, как насилие в семье, злоупотребление по отношению к детям и социальное неравенство (Эриксон, 1988).

Методология. В методологической области этой модели пока мало предлагается удовлетворительных решений для изучения таких сложных феноменов. Эмпирическое исследование еще не очень развито и явно отстает от соответствующей практики. Это следует отнести за счет ряда трудностей – от основательных предвзятостей до отсутствия адекватных исследовательских методов. Что касается предвзятостей, то они исходят прежде всего из конструктивистски ориентированных представителей системной терапии, которые не видят смысла в объективном исследовании. Они ограничиваются преимущественно описанием случаев, дескриптивным анализом развития теоретических моделей. Кроме того, не хватает часто исследовательского опыта, поскольку многие интерперсональные концепты были развиты независимо от научных сообществ и учреждений. Затруднения и в высокой сложности предмета исследования: например, в семейной терапии должны быть учтены не только изменения многих индивидов, но и их отношения между собой, чтобы концептуально соответствовать подходу. Кроме того, практически не стандартизирована сама терапевтическая процедура, а потому нет однозначной дефиниции, какая процедура подпадает конкретно под этикетку «семейная терапия».

Также при исследовании патогенного влияния социальных факторов – в клиническом семейном исследовании – поднимают комплексные констелляции причин, едва преодолимые исследовательские проблемы. Например, оказалось возможным доказать, что недостаток ухода в детстве, обусловленный потерей матери, способствует проявлению аффективных расстройств у взрослых женщин. Конечно, эта связь оказывается под влиянием и ряда других факторов развития. Недостаток внимания к ребенку повышает риск ранних добрачных беременностей, которые ведут к неудовлетворительному браку. Парт-

неры по ранним бракам находятся под угрозой скатывания в неблагоприятные и отягощающие жизненные обстоятельства, особенно бедность и правонарушения, неверность и т.д. Аффективные расстройства взрослых женщин, особенно депрессивные и страхи, являются продуктом цепи различных факторов и процессов, которые действуют многие годы и даже обусловливают друг друга (трансакциональная модель). Эмпирическое доказательство таких сцеплений довольно сложно получить, это требует больших исследовательских усилий.

К дискуссии. Картина интерперсональной модели прежде всего выделяется через семейно-системнотерапевтические программы, которые в противовес другим клинико-психологическим моделям своей концентрацией на функции и структуре отношений/связей открыли продуктивную перспективу. Эта новая перспектива оказывает опять же обратное влияние на старые модели, поскольку устанавливаются связи с психоанализом, когнитивным подходом. Однако богатство теоретизирования все еще не эквивалентно эмпирической обоснованности и достоверности; поэтому очень необходимы эмпирические исследования процессов и результатов семейной терапии, чтобы можно было принимать обоснованные решения в клинической практике.

В рамках системного подхода, к сожалению, остаются вне внимания факты социального обусловливания психических и телесных проблем, как-то: злоупотребления, насилия над детьми и пр., эти данные мало привлекаются в процесс семейной терапии. В целом интерперсональная модель могла бы очень выиграть, если бы последовала за программой Батесона (1981. С. 115) в установлении отношений с другими подходами и преодолела схизмы.

Тема 5. СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Структура клинической психологии охватывает весь спектр и комплекс проблем, связанных с психологическими аспектами сохранения здоровья здоровых, профилактики расстройств, лечения и реабилитации больных.

В связи уровнем и масштабом проблем клиническую психологию можно структурировать следующим образом: общая клиническая психология, частная клиническая психология и специальная клиническая психология.

5.1. Общая клиническая психология

Формирование общей клинической психологии: общая клиническая модель. Ввиду множества различных клинико-психологических модельных представлений ставится вопрос о том, как соотносятся различные объяснительные модели или исследовательские программы с клинической психологией в целом.

Вопросы можно поставить еще острее: имеется ли нечто общее между этими представлениями? Какие позиции не являются спорными? На каких основополагающих положениях базируется клиническая психология как целое? На эти основополагающие вопросы даются различные ответы. Чаще всего на плюрализм клинико-психологических подходов реагируют абсолютизированием одного-единственного подхода, который затем представляется как «находящийся ближе всего к действительности», «более основополагающий», как «наиболее емкий» и т.д. Особенно во времена конкуренции моделей, когда речь идет о признании, материальной поддержке и научном существовании отдельных подходов, стимулируется эта позиция. Слабости или односторонность соответствующей модели пытаются смягчить или дополнить другими концепциями, чтобы выдержать конкуренцию.

Другой путь состоит в том, что различные модельные представления соединяются эклектически, т.е. из каждой концепции берутся отдельные элементы и чаще всего под предлогом их полезности или эффективности комбинируются друг с другом (эклектизм). Однако на комбинаторные возможности модельных представлений накладываются определенные ограничения, поскольку, например, метатеоретические (ядерные) допущения не могут быть переплавлены любым образом. Также перенос теоретически определенных понятий из одной концепции в другую не может не сопровождаться искажениями и жертвами в отношении существенных положений – когда, например, (психоаналитическое) понятие «сопротивление» переносится в когнитивную поведенческую терапию. Понятие «эмпатия» в клиент-центрированной терапии также имеет другое значение.

Следующая альтернатива в плане плюрализма клинико-психологических представлений – это допущение, что имеющиеся теории покрывают реальное пространство предмета клинической психологии в смысле «комплементарной аспектности». Понграц постулирует это относительно психоаналитической, клиент-центрированной и поведенчески-теоретической концепции: «Различные понятия, теории, результаты, методы могут быть поняты как локальные представления об общем предмете, которые находятся по отношению друг к другу в позиции дополнительности» (Pongratz, 1975. P. 9). Подвергается критике этот тезис в связи с тем, что это понимание исходит из идеализированной картины нашей науки, недооцениваются несравниваемость определенных теоретических языков и методологических позиций, а также исторические случайности как чуждые системе влияния.

Содержанием *общей клинической психологии* (ОКП) являются общие и основополагающие допущения о предмете, структуре, теориях, методологии и методах дисциплины. Это все предусматривается и конкретизируется в частной и специальной клинической психологии.

Важнейшими функциями ОКП являются прежде всего определение метатеоретических положений, которые позволяют ей войти в ряд научных дисциплин, и формулирование ее релевантных предметных областей. Таким образом, ОКП не создает собственную школу, а служит профессиональным ориентиром. Она является определяющей место дисциплины вне споров школ и специализаций, которая должна

помочь при формулировке следующих вопросов: Что такое вообще «психическое расстройство»? По каким критериям различаются клинико-психические расстройства и в каких отношениях они находятся? На основании каких причинных представлений можно дать им объяснение? Какие факторы способствуют или препятствуют их возникновению? Какие критерии должны применяться при оценке клинико-психологических интервенций? ОКП не занимается дефиницией, диагностикой, классификаций или патогенетическим объяснением отдельных расстройств, не занимается отдельной клинико-психологической моделью, но обобщенными основаниями дефиниций, диагностики, классификации, патогенеза и интервенции. Тем самым она создает основание и ориентацию, с одной стороны, подходов к специфическим расстройствам, с другой стороны, для различных клинико-психологических моделей.

Психологические перспективы. Психологические перспективы характеризуются четырьмя позициями:

1. В клинической психологии на переднем крае рассмотрения находятся психические факторы и процессы, в то время как биолого-соматические и социоэкологические условия определяются как «контексты». Это научное положение, которое включает все аспекты клинико-психологической систематики, а именно: определения, этиопатогенез, классификацию, диагностику и интервенцию. Эта постановка акцента означает, что для психологов и клинических психологов приоритетными являются сопровождающие явления, последствия и возможности помощи, даже если органические, социальные или другие аспекты при психическом расстройстве тоже являются очень важными (как, например, органические факторы при таком хроническом заболевании, как болезнь Альцгеймера).

2. Психологические перспективы также означают, что любая психическая активность относится к предмету клинической психологии, а не только неосознаваемые или эмоциональные процессы, как это имеет место в некоторых моделях. Эти виды активности охватывают, например:

– когнитивные процессы: память, научение, инсайт, восприятие, решение проблем, установки, ожидания и т.д.;

– эмоциональные процессы: радость, печаль, страх, эмоциональные оценки ситуации и телесные ощущения;

– мотивационные и волевые процессы: потребности, желания, намерения, волевые решения;

– акциональные и психомоторные процессы: произвольные и непроизвольные действия, координация действий;

– интерперсональные процессы: коммуникация и интеракция.

3. Клиническая психология занята принципиально всеми психическими функциями, которые можно обобщить как переживание и поведение. Это включает как осознаваемую, так и неосознаваемую активность или особые состояния – сон, сновидения или транс. Часто в центре клинико-психологических интересов стоит как раз взаимосвязь и независимость этих психических качеств, например, когда человек, несмотря на наличие способностей и возможностей, не в состоянии выполнить некоторые требования, как это имеет место при страхах.

4. Психические проблемы, расстройства, отягощенности и симптоматика являются комплексными образцами проявления или ограничения различных психических функций. Комплексность означает, что, с одной стороны, психические функции могут быть разделены на отдельные части, которые между собой связаны функционально. С другой стороны, эти психические функции интегрируются индивидом: индивид воспринимает себя – в случае необходимости – целостно, так воспринимается и другими. Он замечает изменения в своей жизни, мыслях и ощущениях, мотивах, поведении или своих социальных отношениях. Он ощущает радость, безопасность, надежность, осознание себя, потребности, любопытство, но также страхи, недоверие, злость, стыд, конфликты, сомнение и недостаток доверия самому себе, отсутствие мужества; он привносит с собой эти психические состояния, процессы и свою жизнь в смысловую связь. Психические процессы переживаются как принадлежащие ему, как личностные характеристики, как составные части его идентичности. С другой стороны, другими он будет воспринят как дружественный, умеющий хорошо слушать, имеющий интересные идеи, хорошо организующий свою жизнь или плохо выглядящий, дрожащий, недоступный, раздраженный, неуверенный, напряженный, нерешительный, реагирующий неадекватно или агрессивно. Он будет пытаться активно привлекать позитивно пережитые состояния, избегать негативного опыта и формировать свою среду согласно своим потребностям.

Можно и другим способом разрешить плюралистические проблемы – посредством проблемно-специфического и/или расстройств-специфического подхода, что позволяет выделить *частную клиническую психологию и специальную клиническую психологию.*

5.2. Частная клиническая психология

5.2.1. Патопсихология

Патопсихология (гр. pathos – страдание) – ветвь клинической психологии, изучающая закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме (Карвасарский, 2002. С. 421). К числу основателей патопсихологии следует отнести Хьюго Мюнстерберга, Анри Бергсона, Пьера Жане и др., высказавших свое о ней представление в первом номере журнала «Pathopsychologie» (1912. С. 56) и определивших патопсихологию как психологическую дисциплину, которая пытается понять психические отклонения привлечением методов и знаний нормальной психологии. Напротив, психопатология ориентируется на медицинское понятие болезни и является частью общего учения о болезни человека, нозологии: «У них (патопсихологии и психопатологии. – *Г.З.*) разные позиции... у первой психологическая перспектива – идти от психически нормального... у второй – от болезни, психически нарушенного и болезненного...» (Bastine, 1998. P. 10).

Правда, еще раньше В.М. Бехтерев писал о возникновении новой отрасли психологической науки: «Новейшие успехи психиатрии, обязанные в значительной степени клиническому изучению психических расстройств у постели больного, послужили основой особого отдела знаний, известного под названием патологической психологии, которая уже привела к разрешению весьма многих психологических проблем и от которой, без сомнения, еще большего в этом отношении можно ожидать в будущем» (Психика и жизнь. СПб., 1904. С. 12–13). Решающую роль в развитии отечественной патопсихологии сыграла Б.В. Зейгарник, научная и практическая деятельность

которой продолжена ее учениками – Ю.Ф. Поляковым, С.Я. Рубинштейн, Б.С. Братусем, В.В. Николаевой, А.Ш. Тхостовым и др.

ZEITSCHRIFT FÜR PATHOPSYCHOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

N. ACH (Königsberg), H. BERGSON (Paris), G. HEYMANS (Groningen), P. JANET (Paris), F. KRÜGER (Halle; O. KÜLPE (München), H.LIEPMANN (Berlin), E. MEÜMANN (Hamburg), E. MÜLLER (Göttingen), H. MÜNSTERBERG (Cambridge U.S.A.), A. PICK (Prag), R. SOMMER (Gießen), G. STÖRRING (Bonn)

HERAUSGEGEBEN VON
WILHELM SPECHT

I. BAND

MITG EIGUKEN IM TEXT UND EINEM SCHEMA

LEIPZIG UND BERLIN VERLAG VON WILHELM
ENGELMANN 1912

Титульный лист журнала «Патопсихология» 1912 г.

В основной круг теоретических проблем патопсихологии как синтеза общепсихологического и клинико-психиатрического знания входят:

– изучение психологических механизмов становления сложных психопатологических синдромов (бред, галлюцинация и др.); влияние

индивидуального опыта больного и его личности на содержание и динамику этих синдромов;

– исследование структуры и динамики нарушений познавательной деятельности и эмоционально-личностной сферы при разных психических расстройствах; возможность психологической коррекции этих нарушений;

– изучение личности больных с разными психическими расстройствами; роль личности больного как в становлении болезненной симптоматики, так и в ее психологической коррекции;

– выделение и описание структуры патопсихологических синдромов нарушения отдельных видов психической деятельности (память, мышление, восприятие и т.д.), а также патопсихологических синдромов, типичных для разных заболеваний; соотношение первичных и вторичных расстройств в структуре синдромов;

– проблема соотношения распада и развития психики.

5.2.2. Клиническая нейропсихология

Клиническая нейропсихология – основное направление нейропсихологии как отрасли психологии, изучающей мозговую основу психических процессов и эмоционально-личностной сферы и их связь с отдельными системами головного мозга. Клиническая нейропсихология, сформировавшаяся на границах психологии, неврологии и нейрохирургии, – это структурная составляющая клинической психологии, задача которой заключается в изучении нейропсихологических синдромов, возникающих при поражении того или иного участка мозга. Объектом исследования в ней является мозг больного или травмированного человека, а предметом исследования – причинно-следственные отношения между повреждением (опухоль, кровоизлияние, травма – их локализация, объем), произошедшими изменениями со стороны психических процессов разного уровня и поведением личности.

Значительный вклад в развитие мировой (клинической) нейропсихологии внесла отечественная клиническая нейропсихология, окончательное становление которой, ее теории, понятийного и методического аппарата, произошло в 60–80-е гг. прошлого столетия благодаря усилиям двух школ – нейропсихологической школы Мос-

ковского университета во главе с А.Р. Лурия (1973, 1974, 1978) и Ленинградской нейропсихологической школы во главе с Н.Н. Трауготтом и И.М. Тонконогим (1973). Если первая известна своими исследованиями в области экспериментальной нейропсихологии и психофизиологии, психолингвистики, психологических основ восстановительного обучения, нейропсихологии глубоких структур мозга, детской нейропсихологии и т.д., то вторая – введением в традиционный понятийный аппарат нейропсихологии новых (ставших уже классическими) понятий: «оперативная память», «помехоустойчивость», «распознавание образов» и др., обогащением нейропсихологии новыми методологическими принципами и новыми методами исследования и специальной экспериментальной аппаратурой, методами компьютерной диагностики (Кабанов, Смирнов, 1983; Вассерман и др., 2002).

5.2.3. Психосоматические отношения: психосоматология и соматопсихология

Наука относительно недавно стала интересоваться проблемой психосоматических отношений, хотя само понятие «психосоматика» было введено И. Хайротом в 1918 г., а через 10 лет К. Якоби впервые использовал родственное понятие «соматопсихика». В том и в другом случаях подразумевается тесная связь соматических и психических процессов, которая была замечена еще в древности в рамках целостного понимания человека и роли психологического фактора в происхождении и течении заболеваний.

Психосоматология (роль психологических факторов в возникновении соматических болезней). Первые психосоматические теории связаны с психоанализом. Теория «символического языка органов», согласно которой асоциальные стремления, мысли, фантазии вытесняются в область бессознательно и затем проявляются в расстройствах внутренних органов, например отвращение к кому-либо или неприятие чего-либо выражается рвотой, а «сексуальное голодание» проявляется нарушением моторной функции желудка, его секреторной активности и анорексией (по аналогии с истерическими конверсиями). Респираторные заболевания трактовались в этом ключе как выраже-

ние стремления вернуться в лоно матери, когда собственная дыхательная система еще не работает.

Против придания симптомам соматических заболеваний лишь символического значения выступили Александер (Alexander, 1950) и Данбар (Dunbar, 1943). Александер выделил группу психогенных расстройств в вегетативных системах организма и назвал их вегетативными неврозами, считая, что симптом – это не символическое замещение подавленного конфликта, а нормальное физиологическое сопровождение хронизированных эмоциональных состояний. Любая эмоциональная реакция, не нашедшая выхода в данный момент, имеет свой относительно четко очерченный соматический эквивалент. Специфичность заболевания, по его мнению, следует искать в конфликтной ситуации. Поэтому его объяснительную модель часто называют «концепцией специфических для болезни психодинамических конфликтов» или «концепцией специфического эмоционального конфликта». Разрядка конфликта происходит только по вегетативным путям, и это обусловливает развитие таких болезней, как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, язвенная болезнь, сахарный диабет и др. Для каждого заболевания характерен свой интрапсихический конфликт, которому соответствуют определенные эмоциональные переживания со своими физиологическими коррелятами. Например, больной нейродермитом подавляет желание физической близости, пациенты с язвенной болезнью переживают конфликт между потребностью в зависимости, опеке и стремлением к автономности и независимости.

Данбар сформулировала теорию «профиля личности», согласно которой люди, страдающие определенной болезнью, похожи по их личностным особенностям, и что именно эти особенности их личности отвечают за возникновение болезни. Данбар изучила историю жизни и психологические особенности свыше 1 500 больных с разной соматической патологией (сахарный диабет, ревматоидный артрит, нарушение сердечного ритма, стенокардия, гипертония и др.) и описала соответствующие им различные типы личности, такие как «гипертонический», «коронарный», «аллергический», «склонный к повреждениям» и др. Эта концепция дала толчок многим экспериментальным исследованиям. В русле теории «профилей личности» находится огромное количество исследований, в которых описаны психо-

логические особенности больных с определенной соматической патологией. Сюда же относятся концепция о типах поведения А и Б при кардиозаболеваниях, описание «раковой личности» и др. Вместе с тем многие вопросы и в рамках теории профилей остаются и сегодня нерешенными или спорными. Например, остаются неясными механизмы влияния личностных черт на развитие болезни. Уязвимость и других упомянутых выше теорий тоже остается не устраненной. В результате появляется ряд психосоматических теорий «новой волны».

Некоторые из них опираются на разработанное Дж. Райхом (Reich, 1975) понятие «инфантильной личности», эмоции и чувства которой не выражаются в экспрессивном поведении, фантазии стереотипны и примитивны, она «эмоционально сцеплена» с «ключевой фигурой», обычно с матерью, М. Шур предложил «теорию десоматизации-ресоматизации», в основе которой лежит представление о неразрывности соматических и психических (эмоциональных) процессов у человека в раннем детстве.

Рассматривая основные факторы, предрасполагающие к возникновению психосоматической патологии, некоторые авторы в качестве таковых предлагают понятия «алекситимия», «потеря объекта» и «межличностные отношения». Алекситимия («недостаток слов для выражения чувств») – термин, предложенный П. Сифнеосом, который считал, что эмоциональная невыразительность создает конфликтную ситуацию в межличностной сфере, а эмоциональное напряжение трансформируется в патологические физиологические реакции. Что касается «межличностных отношений», то здесь акцентируются особые отношения между матерью и ребенком, неадекватное поведение так называемой «психосоматической матери» как авторитарной, доминирующей, открыто тревожной и латентно враждебной, требовательной и навязчивой. Тем самым болезнь включается в контекст социальных отношений. В некоторых психосоматических концепциях используется понятие «потеря объекта», например близких, особенно «ключевой фигуры». Психосоматические больные не могут адекватно переработать переживания потери объекта, а потому напряжение, дистресс остается, особенно в тех случаях, когда имеет место дефект в структуре личности.

Одной из последних концепций психосоматических расстройств является так называемая «психобиологическая модель», согласно ко-

торой физическое здоровье зависит от способности (само)регулировать сложные физиологические и биохимические процессы.

Как оказалось, ни одна из предложенных объяснительных моделей психосоматических расстройств не является исчерпывающей. Поэтому, как отмечает Л.П. Урванцев (1998. С. 15), в настоящее время становится очевидной необходимость формулирования комплексного подхода к этой проблеме.

Соматопсихология (влияние соматической болезни на психику). Как показывает клиническая практика, не только психологические факторы могут негативно влиять на соматическую сферу человека, но и наоборот, соматическая болезнь оказывает патогенное влияние на его психику, изменяя его познавательные процессы, психические состояния и даже относительно устойчивые свойства. В связи с этим говорят о «психологии больного человека» или «психологических особенностях больного», выделяя несколько групп относящихся к нему феноменов. Л.П. Урванцев (1998. С. 32–33), во-первых, разграничивает «психологические новообразования», связанные с болезнью, и те устойчивые личностные характеристики, которые остаются неизменными или претерпевают лишь незначительные изменения. Во-вторых, он указывает на неоднородность психологических особенностей пациентов, связанных с болезнью, выделяя среди них наиболее общие (не зависящие от нозологической формы, тяжести болезни, преморбидных – доболезненных – личностных качеств), частные и индивидуальные.

Любая болезнь не только влияет на присущие преморбидной личности психические процессы, состояния и психологические свойства, но и ведет к появлению такого «психологического новообразования», как внутренняя картина болезни, которая порой полностью определяет поведение больного и успешность его лечения. Поэтому познание внутренней картины болезни (ВКБ), знание закономерностей ее формирования и функционирования, учет данных закономерностей в практической работе с больным являются важнейшими условиями эффективности работы врача и психолога (Лурия, 1944; Николаева, 1987). Р.А. Лурия определял внутреннюю картину болезни как «...все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений… его общее самочувствие, самонаблюдение, представления о своей болезни, о ее причинах… весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмо-

ций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» (1944. С. 38). В.В. Николаева систематизировала представления разных авторов о субъективной стороне заболевания в предлагаемых ими понятиях: «внутренняя картина болезни» (Р.А. Лурия), «аутопластическая картина болезни» (Гольдшейдер), «переживание болезни» (Е.А. Шевалев, В.В. Ковалев), «реакция адаптации» (Е.А. Шевалев, О.В. Кербиков), «отношение к болезни», сознание болезни» (Л.Л. Рохлин), считая все же интегральным понятием, отражающим разные стороны и уровни субъективного переживания, понятие внутренней картины болезни (1987. С. 79–80). Это сложное, структурированное образование, по ее мнению, включает, по крайней мере, четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего:

– первый уровень – чувственный, уровень ощущений.

– второй уровень – эмоциональный, связанный с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия.

– третий уровень – интеллектуальный, связанный с представлением, знанием больного о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях.

– четвертый уровень – мотивационный, связанный с определенным отношением больного к своему заболеванию, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

Некоторые авторы считают необходимым различать ВКБ в рамках нормальной и психопатологической личностной реакции (Квасенко, Зубарев, 1980; Личко, 1980). Особенности реакции на болезнь при отсутствии психической патологии привлекают внимание и Л.П. Урванцева (1998. С. 52–53):

– адекватная оценка болезни и отношение к ней, соответствующее реальной тяжести и опасности. Это характерно для пациентов, бывших до болезни сильными, уравновешенными, гармоничными личностями;

– переоценка опасности, тяжести болезни, ее последствий. В одних случаях выражены элементы тревоги, паники, снижения настроения; мысли и внимание прикованы к болезни, пациент обычно проявляет большую активность; в других – доминируют сниженное настроение (но без повышенной тревожности), апатичность, монотонность, пес-

симистические прогнозы, прикованность внимания. Такие больные обычно выполняют все указания врача, ловят каждое его слово. К этому типу реагирования склонны те, у кого до болезни преобладали тревожно-мнительные черты, или же лица с негибкостью, «застревающие» на переживаниях (в частности, касающихся соматического здоровья);

– недооценка тяжести заболевания. Здесь возможны два варианта. Одни больные, в конце концов, привыкают к болезни, перестают концентрировать на ней свое внимание. Они соблюдают режим, благодушны. Правильнее, пожалуй, говорить в этом случае о снижении эмоционального компонента ВКБ, так как ее рациональное (на уровне знания) отражение в целом соответствует действительности. Другие больные отрицательно относятся к лечению, стремятся «закрыть глаза» на все, связанное с болезнью, что можно объяснить психологической реакцией. В основном это наблюдается у стеничных личностей, стоящих ближе к ригидному типу (прямолинейность, бескомпромиссность суждений и убеждений, косность с элементами «гиперсоциальности» – строгое следование социальным нормам – Г.В. Залевский, 1993);

– отрицание наличия болезни и ее симптомов с целью диссимуляции, а также из-за страха ее последствий. И здесь выделяется два варианта. В одном случае признаки болезни слабо выражены, но опасны (например, это бывает при туберкулезе, злокачественных опухолях), или же она является результатом поведения, осуждаемого моральными нормами (например, при попытке скрыть сифилис, СПИД). В другом случае мы имеем дело с вытеснением мыслей о болезни, нежеланием говорить о ней по этой причине (например, при хронической почечной недостаточности, сопровождающейся общей вялостью и апатией).

5.2.4. Психология здоровья

В данном случае психология здоровья рассматривается как структурная составляющая клинической психологии, хотя сегодня отмечается тенденция, с одной стороны, выделения ее в самостоятельную область знания и практики, а с другой – отождествления с клиниче-

ской психологией или ее подменой. И определения понятия психологии здоровья тоже отражают эти тенденции. Так, Дж. Матараццо дает следующее определение психологии здоровья: «Психология здоровья является набором специфических образовательных, научных и профессиональных положений психологии в укрепление и сохранение здоровья, профилактику и лечение болезни, а также идентификацию этиологических и диагностических коррелятов здоровья, болезни и дисфункции, а также анализ и развитие системы охраны здоровья и формирование политики в области здоровья» (Matarazzo, 1980. P. 815). Р. Страуб (R.O. Straub), автор большого американского учебника «Health Psychology» («Психология здоровья»), определяет ее как «применение психологических принципов исследования к проблемам здоровья, предупреждения и лечения болезней» (2001. С. 711), что фактически либо равно объему понятия клинической психологии, либо даже перекрывает его.

Я же придерживаюсь той точки зрения, что психология здоровья имеет своим объектом не болезнь (расстройство) и шире – больного человека, а здоровье и здорового человека; задачи и предмет ее научных и практических интересов – психология здорового человека, изучение интра- и экстраличностных факторов сохранения и укрепления здоровья всех уровней – физического, психического (функционального), психологического (душевного и духовного), а также выявление факторов и условий профилактики нарушений здоровья, формирования здорового образа жизни и адекватной «внутренней картины здоровья». Во многом круг ее задач пересекается с задачами психогигиены и первичной профилактики – не лечение болезней, а их предупреждение.

В настоящее время выделились отдельные разделы и направления психогигиены: возрастная психогигиена, психогигиена труда, психогигиена семьи, психогигиена быта, психогигиена семьи и половой жизни, специальная психогигиена (военная, авиационная, космическая и др.).

Психология здорового человека

1. Характеристика здорового человека. Если наблюдать клинически за здоровыми людьми, то их можно описывать в соответствии с

данными А. Маслоу как людей, обладающих особыми характеристиками, которые отличают их от других людей по следующим показателям: они удовлетворили свои потребности в безопасности, сопричастности, любви, уважении и самоуважении и поэтому могут стремиться к самоактуализации, т.е. к свершению своей миссии, призвания, судьбы, стремления к единству своей личности.

К подтверждаемым клиническими наблюдениями характеристикам здоровых людей можно отнести следующие (Маслоу, 1997. С. 49–50):

1. Высшая степень восприятия реальности.

2. Более развитая способность принимать себя, других и мир в целом такими, какие они есть на самом деле.

3. Повышенная спонтанность, непосредственность.

4. Более развитая способность сосредоточиться на проблеме.

5. Более выраженная отстраненность и явное стремление к уединению.

6. Более выраженная автономность и противостояние приобщению к какой-то одной культуре.

7. Большая свежесть восприятия и богатство эмоциональных реакций.

8. Более частые прорывы на пик переживаний.

9. Более сильное отождествление себя со всем родом человеческим.

10. Улучшение в межличностных отношениях.

11. Более демократичная структура характера.

12. Высокие творческие способности.

13. Определенные изменения в системе ценностей.

А. Маслоу пишет о том, что он наблюдал самоактуализацию главным образом у людей старшего возраста. Она представлялась ему высшей целью, пределом, т.е. Бытием, а не Становлением.

Интересен взгляд Жане на то, каким образом отличается нормальный, здоровый человек от человека анормального, нездорового (цит. по: P. Daco, 2002. S. 111–112). Нормальный человек – тот, у которого психологическое напряжение является сильным и сбалансированным. Оказавшись перед ситуацией, к которой он не был готов, он сможет довольно легко ее «переварить». Например, вы должны войти в помещение, в котором на вас направлена тысяча глаз. Если вы человек нормальный, то случится следующее:

а) вы на мгновенье остановитесь, чтобы обозреть ситуацию, поскольку в ней вы оказались неожиданно;

б) вы быстро принимаете решение и осторожно продолжите движение;

в) при этом вы постараетесь как можно быстрее адаптироваться к ситуации;

г) спустя несколько минут вы двигаетесь без страха, эмоций агрессивности и скованности;

д) вы не испытываете затем чувства усталости, поскольку ситуация вам не стоила особых усилий и энергии. Она пришла и ушла. Она интегрировалась в другие отношения, которые образуют вашу личность.

Если же вы человек анормальный (например, стеснительный, зажатый, агрессивный и т.п.), то происходит следующее:

а) поскольку ситуация для вас оказывается новой и неожиданной, то вы останавливаетесь;

б) вас охватывает «мандраж» и эмоциональное торможение;

в) вас охватывает страх и другие негативные эмоции;

г) вы цепенеете (становитесь ригидным) или убегаете либо нападаете;

д) вы чувствуете себя усталым, поскольку ситуация стоила вам сил. К тому же она еще не позади, так как вы будете, возможно, еще переживать свое неудачное поведение в ней, ваши чувства неполноценности, страха и горечи.

Понятно, что обыденная жизнь требует от нас бесконечное количество раз напрягаться, чтобы соответствовать ее требованиям. Это и новые обстоятельства, непредусмотренные события, новая ответственность, «удары судьбы», эмоции, неудачи и т.д. Как поступает в этих случаях нормальный человек? Он ассимилирует все обстоятельства и духовно их «переваривает». Все события как бы распыляются в его Я и интегрируются в его общую личность. Аффективность нормального человека подобна резервуару, в котором все события перемешиваются, как различные виды пищи в здоровом желудке.

Как поступает анормальный человек? События духовно им не перевариваются, и его Я не ассимилируется. Они остаются вне его Я и функционируют самостоятельно. Вне его «аффективного резервуара» образуется один или несколько психических сателлитов (спутников), которые ведут свой образ жизни и не могут интегрироваться в общий резервуар. Каждый из этих сателлитов вызывает внутреннее напряжение, и появляются симптомы «духовного несварения желудка»,

которое разрушает целостность Я. Это имеет место при комплексах, вытеснениях, незавершенных эмоциональных переживаниях и т.д., с нескончаемым рядом симптомов – от маленького расстройства до самой выраженной одержимости. Поскольку, согласно Жане, сознание выполняет синтетическую, объединительную роль в норме, то каждое психологическое расстройство – это потеря сознанием способности к такому синтезу.

2. Понятие внутренней картины здоровья (ВКЗ). Анализируя современные работы по влиянию стресса на внутреннюю картину здоровья, Г.С. Абрамова и Ю.А. Юдчиц (1998) обращают внимание на то, что существование ВКЗ и ее применение основаны на том, что человеку для осуществления возможности быть человеком, чтобы выстоять во времена крушения духовных ценностей и идеалов, ведущих к насилию и жестокости, чтобы справиться с духотой наркотиков и алкоголизма, надо очень точно знать законы своей жизни и ориентироваться на них.

Во внутренней картине здоровья большое место отводится когнитивным (разумным) психотехническим знаниям о том, как может и должна осуществляться индивидуальная жизнь. Эти когнитивные знания дают возможность выстраивать мотивацию собственной жизни, основанную на переживании ее осуществимости как возможности реализовать свое здоровье. Именно отсутствие мотивации – это величайшая трагедия, которая разрушает все жизненные устои человека, в том числе и отсутствие мотивации к здоровому образу жизни, которое буквально преследует современного человека как отсутствие стремления к реализации своей внутренней картины здоровья.

Г. Селье (1992, 1994) отмечает, что современный образ жизни должен учитывать реакции человека на стресс от непрерывных перемен. Это единственный выход из противоречивых суждений о добре и зле, справедливости и несправедливости. Он считает, что наше нравственное чувство заблудилось и померкло. С этим трудно не согласиться (Абрамова, Юдчиц, 1998. С. 173).

Содержание ВКЗ обусловливает и формирование образа (стиля) жизни. Ряд авторов признают, что стиль жизни играет критическую роль в возникновении болезни, а изменение стиля жизни является главным фактором в сохранении здоровья, профилактике и терапии болезни (Lindsay et al., 1997. P. 487).

5.3. Специальная клиническая психология (отдельные психические расстройства, кризисные состояния)

5.3.1. Психология отдельных психических расстройств

Эта часть клинической психологии формируется исходя из специфики отдельных расстройств, определяемых Перре и Бауман (2002) как «расстройства паттернов функционирования» (например, депрессии, заикания, агорафобии, социальные фобии, навязчивости, шизофрения, хронические боли, мигрень, тики, расстройства пищевого поведения, расстройства личности, алкогольная зависимость, кризисные состояния и т.д.), и пытается использовать имеющиеся научные данные о проявлениях, эпидемиологии, возникновении, течении и успешной терапии для соответствующего расстройства. Цель этих усилий в том, чтобы сформировать объемную картину отдельных расстройств и развить оптимальные возможности терапии. Программы терапии являются предметом ориентированной на специфические расстройства и различия психотерапии. Подход не привязан к ориентированным на школы концепциям – психоаналитической, поведенческой и т.д., а учитывает при объяснении и терапии психических расстройств различные психологические, биохимические или медикаментозные, а также социальные факторы, влияние которых на индивида эмпирически доказано.

5.3.2. Психология кризисных состояний

Структура клинической психологии может быть представлена и с позиции онтогенетических (развития) проблем клинической психологии:

– общая клиническая психология;

– клиническая психология для детей (детская клиническая психология);

– клиническая психология для подростков и юношества (подростковая и юношеская клиническая психология);

– клиническая психология для взрослых (клиническая психология взрослых);

– клиническая психология для пожилых и старых людей (клиническая геронтопсихология).

Термин «кризис» имеет греческое происхождение и означает поворотный момент, любой момент, влияющий на ход событий. Строго говоря, кризис может быть как внезапным улучшением, так и внезапным ухудшением. В медицине этот термин означает поворотный момент в течении болезни. Любое внезапное прерывание нормального хода событий в жизни индивида или общества, которое требует переоценки моделей деятельности и перестройки привычных стереотипов поведения, тоже обозначают термином «кризис». Кризис или кризисное состояние человека справедливо связывают с состоянием стрессовым (дистрессовым), вызванным различного рода стрессорами. Известный список стрессоров и оценка их в баллах предложены американскими специалистами Т. Холмсом и Р. Рейем (1998).

Кризис понимается как состояние человека при блокировании целенаправленной жизнедеятельности, как дискретный момент развития личности. Хронический кризис несет в себе угрозу социальной дезадаптации, суицидальные настроения, нервно-психические или психосоматические расстройства. Кризис воспринимается многими людьми не только как трудный период в жизни, но нередко как «тупик, делающий дальнейшую жизнь бессмысленной». И здесь необходима психологическая помощь, «кризисная (антикризисная. – *Г.З.*) интервенция», ведущими методами которой являются кризисное психологическое консультирование и психотерапия кризисных состояний.

Поскольку кризисы и кризисные состояния, особенно их хронизацию, можно упреждать, необходимы превентивные, в том числе психологические, меры. Следует обратить внимание на то, что кризисные состояния могут быть уже свершившимся фактом, в явной форме и выраженными, но могут быть и скрытыми (латентными), неявными и неострыми (ведь многое зависит от индивидуальных особенностей человека, характера и степени стрессора). В последнем случае роль клинических психологов особенно велика в оказании профилактической психологической помощи.

Тема 6. СУПЕРВИЗИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

6.1. Попытка обобщенного определения супервизии

В самом общем определении психологическая супервизия – это деятельность (супервизоров), направленная на оказание помощи психологическими средствами специалистам, которые профессионально оказывают помощь психологическими средствами клиентам, пациентам (супервизируемым) при решении профессионально-личностных или личностно-профессиональных проблем.

На основе содержательного анализа приведенных и неприведенных выше дефиниций супервизии стало возможным схватить существенные составные части этого понятия и использовать в качестве предварительного рабочего определения, а именно: супервизию можно понять как (1) процесс научения и обучения, который представляет собой (2) профессионально-ориентированная позиция помощи, особенно для «работников отношений», сконцентрированной на требованиях профессиональной рабочей ситуации (в противовес личностной терапии); посредством (3) педагогически-воспитательных и консультативно-терапевтических средств систематически-методическим образом (4) осуществляются (5) анализ, рефлексия и обработка проблемных профессиональных ситуаций/интеракций, которые (6) могут служить многим целям: (а) овладению, (б) осуществлению/сохранению и (в) улучшению профессиональной операциональной компетентности, (г) разрешению межличностных конфликтов или улучшению производственных отношений в командах или организациях, (д) гарантии качества и защите пациентов от непрофессионального обращения, (е) эмоциональную поддержку в трудных ситуациях и т.д.; это влияние осуществляется (7) согласно постановки задач, перспектив, ориентации и направленности школы вместе с другими цен-

трами тяжести, концепциями, формами и подходами; при этом (8) супервизоры и супервизируемые принимают различные роли, где супервизоры имеют, как правило, определенное преимущество, благодаря опыту и компетентности, которое они используют конструктивно и с этической ответственностью при сопровождении супервизируемых с учетом того, что при этом значительная роль отводится рамочным условиям и рабочему полю (9).

Если бы было достаточным одно определение, чтобы исчерпывающе описать некоторый феномен, то можно было на этом месте и поставить точку. Но даже очень удачное определение понятия обладает всего лишь характером указания, функцией указателя пути; оно соответствует больше библиотечному опорному слову или поисковому понятию, которое не освобождает от чтения первоисточника. Другая проблема – нечеткие границы с близкими понятиями, существование наложений и пересечений (как, например, в случае с супервизией: это и терапия, и самопознание, и самосовершенствование и т.п.).

Для супервизорской практики можно порекомендовать не давать себя смущать ограниченной возможностью понятия, а в каждом конкретном случае точнее формулировать проблему супервизируемого как предмет супервизии, точнее определять постановку ее цели и задач, чтобы супервизию все-таки сделать возможной.

6.2. Цели и функции супервизии

Функциональное многообразие супервизии – между образованием, административными задачами и терапией – давно известно. Кадушин (Kadushin, 1976) приводит описание существенных функций супервизии, охватывающих широкий спектр сфер профессиональной деятельности (рис. 1).

Образовательная (обучающая, развивающая) функция: профессиональная подготовка, обучение, воспитание, передача знаний и умений, тренинг (упражнение методов и способов), указания к саморефлексии, конструктивная обратная связь, профессиональная социализация, развитие профессиональной идентичности и т.п.

Административная (контрольная, экспертная) функция: оценка (экспертиза, обеспечение) качества, оптимизация и улучшение дея-

тельности специалистов помогающих профессий (социальных работников, психологов, психотерапевтов) или оптимального «функционирования» учреждения, сохранение этически профессиональных принципов, контроль законодательных или ведомственных предписаний, защита пациентов и т.д.

Поддерживающая (консультативная) функция: эмоциональная поддержка в случаях трудных профессиональных ситуаций, сопровождение или разгрузка, помощь при необходимости справляться со стрессом на работе, создание самозащиты против перегрузок, личная психогигиена, профилактика «burnout» (эмоционального сгорания), профессионально-личностной деформации и т.п.

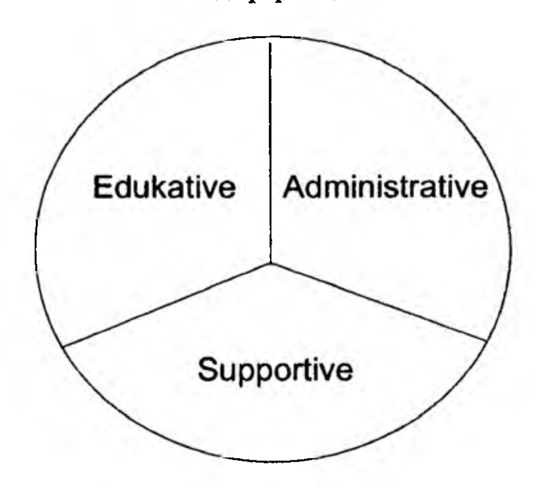


Рис. 1. Функции супервизии: образовательная (educative), административно-контролирующая (administrative), поддерживающе-консультативная (supportive)

Кадушину удалось обобщить своей классификацией самые важные аспекты и категории супервизии, поскольку анализ многообразия представленных в литературе по супервизии целей и функций даёт ещё только одну-единственную рубрику, а именно: *просветительскую функцию*, которую выделил и описывал несколько позже Беларди (Belardi, 1992/1998) и которая включает в себя, например: рефлексию, открытие, осознание и изменение до этого не известных личных,

интеракциональных и институциональных условий, мотивирование/развертывание человеческого развития вплоть до надежд на инновативные влияния супервизии на психосоциальную работу вообще.

Нам представляется, что в данном случае имеет место выход за пределы четких границ собственно функций супервизии. Скорее всего, можно отнести выделенную Беларди просветительскую функцию супервизии, как и выделяемую нами профилактическую функцию, к категории «непрямых/косвенных функций супервизии».

Из-за особых нагрузок в своей профессиональной деятельности многие психологи и психотерапевты связывают супервизию с желанием получить эмоциональную поддержку и разгрузку, т.е. предпочитают поддерживающую ее функцию, которая в таком случае направлена исключительно на профилактику «синдрома эмоционального выгорания/сгорания» (bourn-out) или его эквивалентов – в британской армии это называют «пулевой шок» (chell shock), а в американской – «изнурение битвой» (battle fatige), а в конечном итоге это называют «профессиональной деформацией».

Все обозначенные выше функции распределения ролей являются значимыми (только не все одновременно); они изначально не являются ни «хорошими», ни «плохими», а должны быть согласованы с соответствующими потребностями. Например, для супервизируемого, пациент которого совершил суицид, показана поддерживающая роль супервизора; после преодоления острого эмоционального состояния может доминировать роль «учителя», если в последующих встречах речь будет идти о сообщении супервизируемому определенных умений обращаться с пациентами с риском суицида. При нарушениях этически профессиональных правил следует занимать ясную административную позицию и вмешиваться как «контрольная инстанция».

Решающим в связи с этим для супервизора является процессуальный вопрос: «Какая функция в конкретный момент самая правильная для супервизии?» Далее вопросы супервизора могут быть следующими: «К какой моей функции явно или неявно обращаются супервизируемые?» и «Какие функции я могу, хочу или должен действительно взять на себя?».

Формы супервизий Барте (Barthe, 1985) выделяет индивидуальные и групповые формы супервизии. Групповые формы супервизии делят на директивные (управляемые) и недирективные (коллегиальные),

гетерогенные (stranger group) и гомогенные (family group), статусно гомогенные и статусно иерархические.

Что касается форм собственно индивидуальной супервизии, то все более или менее понятно. Но групповая супервизия – это довольно большое разнообразие супервизорской практики, требующей дополнительного разъяснения.

Индивидуальная супервизия в групповом контексте. Внешний супервизор работает с группой из 3–6 супервизируемых над случаями каждого из них или индивидуальными супервизорскими проблемами. Фокус работы чаще всего сосредоточен на супервизии случая отдельных членов группы в присутствии и при поддержке остальной части группы; при необходимости используются интерактивные или группо-динамические процессы. Примером тому могут служить также группы обучения в системе подготовки терапевтов.

Групповая супервизия в собственным смысле – это работа с группой супервизируемых – «социальной системой» или «рабочей командой». Здесь особое внимание придается интерактным и/или групподинамическим процессам. Наряду с супервизией случаев здесь речь идет, как правило, о проблемах взаимодействия и коммуникации членов команды между собой и команды с другими частями большей социальной общности (например, учреждения).

Образовательная versus праксис-супервизия. Понятие «образовательная/учебная супервизия» обозначает ту супервизию, которая должна быть усвоена как обязательная часть учебного плана по курсу «Психотерапия». Как правило, учебный план включает и многие другие виды занятий – лекции, семинары, самопознание, обсуждение случаев, тренинги и воркшопы по определенным темам. Основные акценты в образовательной супервизии ложатся на:

1) педагого-дидактические приемы обучения и учения (освоение методов и компетенции, часто в искусственных условиях, как, например, в ролевых играх);

2) обработку каталога целей обучения соответствующего учебного плана;

3) активно-директивную инструкцию к практике;

4) действия супервизора по «проверке/контролю» усваиваемых умений, при этом супервизор должен взять на себя ответственность, если обучение будет проходить с реальными клиентами. От супер-

визоров требуется высокое качество знаний в теории, практике и дидактике.

О «праксис-супервизии» (иногда говорят «повышение квалификации – супервизия») идет речь в случае, когда квалифицированный терапевт подвергает супервизии свою практическую деятельность. Праксис-супервизия добровольна и может быть прервана в любой момент.

Супервизия случая, в отличие от анализа интеракций, коммуникационных структур, групповых конфликтов, личностных факторов влияния, институциональных проблем или системных условий, держит в центре внимания сопровождение непосредственной работы супервизируемого со случаем («Что мне делать дальше с клиентом Х?»). Как позже покажет супервизионная модель, при работе со случаем в поисках новых решений необходимо расширить функционально-системный анализ как на личность супервизируемого (компетентность/дефицитарность, индивидуальные установки и конфликтные сферы и т.д.), так и на контекстные влияния (стимулирующие и препятствующие факторы системы).

Групповая (внутренняя и внешняя) супервизия. Здесь следует различать два варианта: а) *коллегиальная супервизия* в *группе* (in team): постоянная группа супервизирует себя взаимно сама; б) *внешняя супервизия группы*: при этой (как бы «истинной») форме групповой супервизии группа приглашает супервизора со стороны, чтобы преодолеть, например, внутренние конфликты, коммуникативные барьеры или институционально обусловленные проблемы. Целью в этом случае является восстановление функционально дееспособной групповой структуры, чтобы группа была в состоянии выполнять свои задачи. Групповая супервизия может переходить в консультирование учреждения и становиться частью развивающих организацию мероприятий.

Консультация учреждения/Развитие организации. Эти супервизионные варианты имеют своей целью улучшение функционирования учреждения или организации (обработка групповых конфликтов, повышение эффективности коммуникативных процессов, уточнение ролей и компетентности, оптимизирование организационных структур и т.д.). В этой связи могут быть проанализированы: иерархия в организации, условия труда и контракты, рамочные условия, идеология организации, ригидные основные правила или направляющие ли-

нии, бюрократические процессы, рабочая атмосфера, стиль коммуникации/общения и др., а также мероприятия по «развитию группы/команды» или «развитию персонала». При этом понятие «развитие» не обязательно подразумевает наличие слишком серьёзных проблем, но просто использование имеющихся шансов для дальнейшего повышения квалификации.

Консультирование руководства/управленцев («Rollencoaching»). Эта особая форма супервизии служит рефлексии и улучшению руководящих функций в учреждении. Консультация управленческого персонала концентрируется на специальных требованиях и неуверенности в компетентности, рождающихся из роли управленческих кадров (как, например, власть в организациях, стиль управления, планирование персонала, как распоряжаться собственным авторитетом, выполнение контрольных функций и др.). Это проводится преимущественно вне коллектива (подчинённых), но может быть и в группе, объединяющей руководителей и подчиненных.

Проектная супервизия. Супервизоры иногда могут получить задание сопровождать определенные проекты (например, строительство психотерапевтического учреждения, планирование нового учебного плана, инновационное исследование, междисциплинарные проекты и т.д.). Супервизоры в первую очередь обладают мотивирующими и консультативными экспертными функциями в проектной группе и «контрольными» функциями при реализации проекта, что предполагает наличие, наряду с исключительной профессиональной компетентностью, также и умений менеджмента проектов и координации действиями различных лиц и целей (Eck, 1990).

Супервизия in vivo, супервизия в естественных условиях, особенно в случаях системно-семейно-терапевтических подходов, является обычным супервизированием терапевтической ситуации «в натуре» (Wark, 1995 etc.). В-натуре-супервизия проводится в разнообразных вариациях, чаще с помощью кабин наблюдения и зеркальных стенок или при помощи говорящих устройств (West et al., 1992), а также в одном помещении в присутствии нескольких терапевтов и супервизоров в часто меняющихся констелляциях. Приближение к естественным условиям дает определенные преимущества.

Коллегиальная супервизия (интервизия) – форма супервизии, которая в литературе известна также под названием «Peer-Supervision»,

«Peer-Group-Supervision» (Border, 1991), или «интервизия» (Fengler, 1986), представляет собой самую ходовую (потому что самую выгодную по цене) модель для практиков в более поздние годы их профессиональной деятельности и может быть интерпретирована как один из видов «психосоциальной инициативы самопомощи». При этом коллеги оказывают друг другу поддержку в форме диады, триады или в больших по численности группах.

Само(авто)супервизия. В данном случае супервизия понимается как способность опытных психотерапевтов подвергать себя процессу супервизии. Она представляет собой «конечную ступень» процесса развития терапевтов, которая характеризуется высокой (само)рефлексивной работой, постоянным коллегиальным обменом, повышением квалификации по собственной инициативе, открытостью для обратной связи, готовностью к профессионально-личностному росту, знанием собственных границ и способностью принять решение, когда наступает необходимость в других внешних формах супервизии или родственных мероприятиях и для личной супервизии. Каждая хорошая внешняя супервизия должна систематически готовить супервизируемого к (авто)супервизии, развивая способность к самонаблюдению/самоконфронтациии, саморефлексии.

Обучающая супервизия (для подготовки супервизоров).

Супервизия для супервизоров («контроль-супервизия»). Даже «готовые» и «опытные» супервизоры испытывают потребность в (коллегиальной) поддержке, например, при необходимости коллегиального обсуждения тяжелых случаев или при необходимости оценки супервизорской компетентности в качестве обучающих (контроль-супервизия). Разумеется, в этой связи очень важным представляется вопрос о личности супервизора. Но об этом – отдельный разговор.

Отношение супервизии и психотерапии. Психологическая супервизия имеет некоторое сходство с терапией, но различий между ними гораздо больше, чем сходства. Процесс супервизии требует специальной подготовки, так как хороший терапевт – это не то же самое, что хороший супервизор (Hill et al., 1981). Главная цель супервизии состоит в том, чтобы сделать начинающих психологов-консультантов и психотерапевтов опытными психологами-консультантами и психотерапевтами, а не опытными клиентами и пациентами. Прохождение же индивидуальной психотерапии не является способом научиться проводить ее.

Психологическая супервизия – важный элемент качественной терапевтической практики. Она связана с совершенствованием терапевтических навыков, например после окончания тренинговых программ, и осознаванием уровня своего клинического развития психотерапевтами, завершившими обучение в рамках тренинговых программ.

Со стороны большинства психотерапевтических школ и направлений постоянно подчеркиваются различия между супервизией и терапией (Rubinstein, 1992). Авторы психоаналитической ориентации активно выступают против сведения супервизии к индивидуальной терапии. Из этой традиции становится понятной опасность «терапевтизирования» супервизии, когда, скажем, фокус супервизорской работы нацелен исключительно на личность супервизируемого и его жизненные (раннего детства) тенденции переноса, вместо того чтобы касаться активно и с ориентиром на будущее профессиональных проблем, которые, в конце концов, стимулируют желание осуществить супервизию и которые имеют наряду с индивидуальными и институциональные условия («систему» или «контекст»). Явная попытка некоторых авторов не только «класть на кушетку» личность супервизируемого, но и учитывать институционально-системные перспективы, может быть поддержана полностью с позиции самоменеджмента.

Такая опасность существует не только в рамках психоаналитической супервизии. Так, Грёнинг считает: «Супервизия квазиидентифицируется с гештальттерапией, психодрамой или разговорной психотерапией (в рамках гуманистической психологии) и создается определенное впечатление, что это как бы в интересах супервизируемого – принять бесплатно ее как лично мотивируемую терапию в качестве компенсации за неудовлетворительные условия работы в учреждении» (Groening, 1993. S. 67).

Хотя супервизия и терапия и имеют, особенно на уровне процесса, некоторые пересечения в области структурных признаков, они отличаются рядом содержательных и тематических акцентов. В то время как супервизия ограничена областью «эффективного исполнения профессии», психотерапия относится к обработке личностных проблем и конфликтов в жизни и выходит далеко за пределы профессионального сектора. Искушение превратить супервизию в терапию существует осо-

бенно там, где большую часть вины за профессиональные трудности супервизируемого несут так называемые личностные факторы.

Бернард и Гудиеар описали три основных отличия отношений в клинической супервизии от других видов отношений в психотерапии и консультировании.

1. Эти отношения являются оценивающими – в отличие от консультирования.

2. Они долговременные – в отличие от тренинга.

3. Они одновременно способствуют и улучшению профессионального функционирования супервизируемого, и отслеживанию качества профессионального обслуживания, которое получает клиент (Bernard & Goodyear, 1998).

6.3. Супервизия как процесс (шесть шагов супервизии)

Супервизия представляет собой процесс, структурированный пошагово или пофазно. В литературе можно обнаружить разные представления о структурированности процесса супервизии (Schreyogg, 1994; Schmelzer, 1997; Belardi, 1998). Мы приводим представление, которое мы находим в работах известных американских и немецких специалистов и которое считаем оптимальным (Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 1991).

Первый шаг. *Начало и начальная ориентация.*

– (Самый первый контакт) Что Вас привело ко мне?

– О чем сегодня должна идти речь? Что мы имеем в качестве предмета сегодняшнего заседания/встречи (желания, надежды, ожидания)?

– Какую помощь Вы бы хотели получить и для чего? Какую помощь Вы ждете от меня? Что бы вы хотели сегодня получить? Что должно измениться сегодня в позитивную сторону?

– (Работа в группах, командах) Кто и что хочет вынести на обсуждение?

– (При наличии многих вопросов и желающих) Что в настоящее время является самым важным или срочным? Что может еще подождать? Что мы выбираем для сегодняшнего обсуждения? В каком порядке? С чего мы начнем? Как много времени мы намерены этому посвятить?

– Есть еще важные темы, вопросы, нуждающиеся в ответе, или мы можем уже начинать?

Второй шаг. *Анализ ситуации: выяснение актуального состояния.*

– О какой проблеме точнее идет речь? Можете Вы привести типичный пример в связи с ней?

– В чем, собственно говоря, дело / что произошло?

– Что делает ситуацию/процессы проблемой?

– Что делает так, что ситуация сохраняется (горизонтальный, вертикальный и системный анализ условий)?

– Кто имеет «выгоду» (выигрыш) от данного состояния вещей?

– Какие личные установки и опыт играют роль в данном случае?

– Какие системные факторы (контекст, окружение, институциональные правила и т.д.) принимают участие?

– Как вы сами себе объясняете данную проблему?

– Идет ли речь о (принципиально изменяемой) проблеме или о (необратимом) факте?

– Когда это лучше? Когда это не представляет проблемы? А что есть другое?

– Что уже предпринималось, а что нет; с каким эффектом?

Третий шаг. *Определение желаемых состояний и формулировка проблемы и целей.*

– Что должно быть/стать? Как должно быть ОК? Как должно быть идеально?

– Какой должна быть ситуация, чтобы Вы были немножко более довольны?

– Как должно быть, чтобы и другие участвующие лица были довольны?

– Когда наша супервизия была бы уже не нужна?

– Идет речь о (достижимых) целях или (недостижимых) утопиях?

– Что Вы хотите сохранить или оставить так, как оно есть?

– Чего бы Вы хотели достичь, изменить, чему научиться?

– Что Вы должны хорошо или плохо принять, с чем все-таки согласиться?

Четвертый шаг. *Поиск и выбор решений.*

– Принять или изменить?

– Какие пути (как средства к цели) принципиально возможны? (оценка 2-го и 3-го шагов; может быть применен метод «мозгового штурма»).

1. Устранение имеющихся «барьеров»: внешних (например, начальство против ваших предложений и нововведений) или внутренних – личностные переменные (предрассудки и предвзятости, собственные страхи и проблемы, укоренившиеся привычки ухода от активного преодоления проблем, перекладывания их решения и ответственности на других и др.).

2. Формирование новых компетенций.

3. Новые пути и альтернативные решения.

– Какие решения Вы хотели бы действительно принять (что конкретно, как, в каких ситуациях и т.д.)?

– Что для этого нужно? Имеются ли для этого необходимые предпосылки и компетентность?

Пятый шаг. *Перекладывание решений и контроля эффективности на проблему (конкретная подготовка к действию – от планирования и принятия решений о целях, путях и методах к их воплощению). Две возможности реализации: а) во время самой супервизии («сухой тренинг») и б) в жизни (домашние задания и т.д. – супервизия in vivo):*

– Какой из возможных маленьких шагов следовало бы сделать первым?

– Что Вы будете пытаться конкретно делать до нашей следующей встречи?

– Кто/что может помочь при непосредственном применении решений?

– На основании чего Вы будете судить о том, был ли успешным этот шаг и что Вы приближаетесь к Вашей цели? Что будет говорить о неуспехе (или рецидиве непродуктивных форм поведения)?

– Как Вы будете поступать дальше, если... (Икс или Игрек) будет иметь место?

Шестой шаг. *Завершение эпизода и перенос на возможные ситуации в будущее:*

– Можем мы на этом завершить?

– Чему Вы научились из сегодняшнего эпизода?

– Что из этого при необходимости может быть перенесено в другие ситуации?

– На какую другую тему мы должны обратить внимание?

Итоги и предложения:

– Как Вы восприняли сегодняшнюю форму совместной нашей работы?

– Стиль мой как супервизора Вам подходит?

– Могу я еще что-то сделать, чтобы последующие наши заседания были еще более эффективными?

– Имеются желания, интересы с Вашей стороны, которые должны быть обязательно учтены в будущем?

– Итак, наше занятие можно считать вполне нормальным, в порядке?

Тема 7. ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ

7.1. Проект закона «О психотерапии и специалистах, занимающихся психотерапевтической деятельностью»

Поскольку в нашей стране правовые вопросы не отрегулированы в отношении психотерапевтической деятельности и отдельных видов психологической практики, в том числе супервизорской, то уместно было бы привести содержание проекта закона по этому поводу, разработанного группой исследователей, в которую входит и автор данного учебного пособия, под руководством профессора Б.Д. Карвасарского (Российская психотерапевтическая ассоциация). Поскольку полный текст законопроекта занял бы много места, познакомим читателя только с его обоснованием; полный вариант опубликован во многих профессиональных периодических изданиях, в том числе и в «Сибирском психологическом журнале» (2000. Вып. 13. С. 100–107).

Обоснование законопроекта «О психотерапии и специалистах, занимающихся психотерапевтической деятельностью»

Необходимость специального Закона по психотерапии обусловлена потребностью в законодательном упорядочении психотерапевтической деятельности с целью дальнейшего совершенствования психотерапевтической помощи населению. Это необходимо также для развития психотерапии как области науки и практики в стране с активным строительством правового общества.

Существенная задача Закона – охрана интересов граждан, обращающихся за психотерапевтической помощью. Из-за нечеткого опре-

деления понятий психотерапии, ее методов, форм и других вопросов в этой области велико число неподготовленных и плохо подготовленных специалистов, а также альтернативных целителей, манипулирующих сознанием страдающих людей.

Предлагаемый законопроект создан на основе концепции развития психотерапевтической помощи, которая в течение многих лет разрабатывалась Федеральным научно-методическим центром по психотерапии и медицинской психологии Минздрава России и Российской психотерапевтической ассоциацией.

Учитывая, что в настоящее время не существует единого общепринятого научного определения психотерапии, авторы законопроекта исходили из того, что действие Закона будет распространяться на все методы, формы психотерапии и научные теории, которые реализуются на практике. В этом смысле законопроект «внеконфессионален» по отношению к различным профессиональным психотерапевтическим школам, течениям и группам.

В 1-м разделе сформулированы общие принципы оказания психотерапевтической помощи, даны ее содержание и пути оказания. Добровольность участия в психотерапии и ее конфиденциальность защищены статьями 4, 6 и 7. Подчеркивается важность заключения психотерапевтического контракта как согласия на психотерапию в качестве одного из принципов оказания психотерапевтической помощи с уточнением ее вида, характера и продолжительности; предполагается, что перед началом психотерапии психотерапевт (врач, психолог и другие специалисты) должен заключить контракт о предстоящей психотерапии (ст. 9).

Во 2-м разделе определены виды психотерапевтической помощи (ст. 11), формы ее финансирования (ст. 12). Новая организация этого вида помощи предполагает рассмотрение психотерапии как медицинской специальности, но с существенным дополнением: медицинский характер психотерапии не означает, что ее может проводить только врач. Психотерапевтическую помощь может оказывать в форме врачебной психотерапии врач-психотерапевт, а неврачебной психотерапии – две категории специалистов: клинический (медицинский) психолог и специалист по социальной работе, прошедшие в соответствии с данным законопроектом специальное обучение, при выполнении ряда дополнительных условий.

В 3-м разделе приведены особенности работы учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь, права и обязанности специалистов, занимающихся психотерапевтической деятельностью. Дано определение последней (ст. 13). Подчеркивается, что психотерапевтическая деятельность реализуется в качестве самостоятельной медицинской специальности с последующим включением ее в число научных дисциплин, по которым ВАК РФ присуждает ученые степени. В случае принятия Закона психотерапия будет представлена тремя группами специалистов: врач-психотерапевт, клинический психолог-психотерапевт, специалист по социальной работе – психотерапевт. В дальнейшем из психотерапии смогут выделиться такие субспециальности, как психоаналитическая, когнитивно-поведенческая, детско-подростковая психотерапия и др.

Вероятно, острую полемику вызовут условия допуска к профессии. Законопроект подчеркивает, что психотерапию может проводить лишь психически здоровый человек; поскольку в процессе психотерапии ему становятся известны подробности личной жизни, нельзя исключить формирования зависимости от психотерапевта с последующим манипулированием пациентом (ст. 14).

Изложены принципы сертификации и лицензирования в психотерапии, определены причины, по которым может быть прекращено право на психотерапевтическую деятельность (ст. 17). В качестве одной из причин может быть несоблюдение этических норм. Общероссийские профессиональные психотерапевтические медицинские ассоциации, учитывая этические нормы проведения психотерапии (ст. 20), через свои этические комиссии смогут предлагать органам лицензирования отозвать лицензии в подобных случаях.

В оказании психотерапевтической помощи впервые в нашей стране сможет принимать участие помощник (ассистент) врача-психотерапевта (ст. 24). Подготовка этих специалистов позволит расширить спектр применения вспомогательных методов психотерапии; указанный специалист «принимает участие в психотерапии», используя музыкотерапию, арттерапию, хореотерапию и другие, по поручению врача-психотерапевта. В ст. 25 вводится также понятие волонтера в психотерапии – добровольного участника, содействующего оказанию психотерапевтической помощи.

Определяется круг льгот для участников психотерапии (ст. 26).

В 4-м разделе освещается подготовка всех субъектов психотерапевтической деятельности. С учетом сложностей, которые переживает система последипломного образования, необходимо законодательно закрепить на данном этапе основные образовательные ориентиры.

В ст. 27 изложены требования к стандарту подготовки врачей-психотерапевтов. Общая ее продолжительность увеличивается до 1 200 ч (по Приказу Минздрава РФ от 30.10.95 г. № 294 она составляла 700 ч). Как и прежде, предусматриваются теоретическая подготовка, практическая подготовка и тренинги. Существенные изменения коснутся практической подготовки психотерапевтов. На нее и супервизию отводится 500 ч, указаны требования к медицинским учреждениям, в которых врачи-психотерапевты смогут осуществлять практическую работу под руководством супервизора. Время, отводимое на супервизию в узком смысле этого слова, составит, как и прежде, 50 ч. В тренинговой подготовке предусматривается выделение специального времени для личного тренинга.

Структура подготовки клинических психологов-психотерапевтов и специалистов по социальной работе – психотерапевтов – в основных чертах та же, что и для врачей-психотерапевтов, однако продолжительность некоторых ее разделов (практическая работа в клинике, в частности психиатрической) значительно увеличена. Это относится также и к общим срокам подготовки.

При подготовке помощника (ассистента) врача-психотерапевта с учетом того, что он практически является специалистом по одному психотерапевтическому методу и не имеет предварительного специального образования, расширены теоретический и практический разделы, увеличено время практической работы.

После окончания обучения врач-психотерапевт, клинический психолог-психотерапевт, специалист по социальной работе – психотерапевт и помощник (ассистент) врача-психотерапевта сдают экзамен, после чего им выдаются сертификаты специалистов.

В 5-м разделе изложены виды и особенности оказания психотерапевтической помощи. Предполагается представить ее в качестве врачебной (оказываемой врачом-психотерапевтом) и неврачебной (оказываемой клиническим психологом-психотерапевтом, специалистом по социальной работе – психотерапевтом) – ст. 31. Определяется круг расстройств, при которых проводится психотерапия обоих видов

(ст. 32, 33). Острую дискуссию может вызвать законодательная норма, определяющая обязанность специалиста, осуществляющего неврачебную психотерапию, предварительно направлять пациента на консультацию к врачу-психотерапевту (ст. 33, ч. 2). Преемственность в работе различных специалистов – один из главных принципов организации медицинской помощи. Поскольку психотерапия в настоящем законопроекте рассматривается как медицинская специальность, то на нее распространяются и эти требования. В подобных же отношениях находятся врачи-психотерапевты с врачами-психиатрами в случае, если последние осуществляют динамическое наблюдение за психически больными, которым показана психотерапия и которые в системе поликлинического лечения обратились за психотерапевтической помощью (ч. 2 ст. 32). И это несмотря на то, что врачи-психотерапевты имеют базовое психиатрическое образование и в соответствии с существующим законодательством имеют право осуществлять ряд функций врача-психиатра.

Предлагается ввести новый тип психотерапевтических учреждений – стационары, оказывающие неврачебную психотерапевтическую помощь (ст. 37).

Ст. 41 фиксирует принципиальные различия в деятельности врача-психотерапевта и других специалистов, осуществляющих психотерапевтическую помощь. Исключительное право врача-психотерапевта – проводить психотерапевтические консультации, содержанием которых являются клиническая диагностика и определение показаний к психотерапии как самостоятельному виду медицинской деятельности.

В 6-м разделе описываются механизмы обеспечения контроля за качеством различных видов психотерапевтической помощи.

Кроме традиционных норм подобных законодательных актов, в ст. 44 (в соответствии со ст. 54 основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан) предусматриваются функции общероссийских профессиональных психотерапевтических медицинских ассоциаций, которым поручены две существенные функции – сертификация в области психотерапии через специальные комиссии, создаваемые на базе образовательных учреждений, и оценка этических норм этическими комиссиями упомянутых ассоциаций.

7.2. Универсальная Декларация этических принципов психологов

Принята Генеральной ассамблеей
Международного союза психологической науки
в Берлине 22 июля 2008 г.
Принята Советом директоров Международной ассоциации
прикладной психологии в Берлине 26 июля 2008 г.

Преамбула. Этика является ядром каждой дисциплины. *Универсальная декларация этических принципов для психологов* задает общую систему морали, которая направляет и вдохновляет психологов по всему миру на достижение высочайших этических идеалов в их прикладной и научной работе. Психологи осознают, что они действуют внутри более широкого социального контекста. Они осознают, что жизни и идентичности человеческих существ как индивидуально, так и коллективно связаны через поколения и что существует взаимное влияние между человеческими существами и их природным и социальным окружением. Психологи ставят процветание общества и его членов выше интересов дисциплины и её представителей. Они признают, что приверженность этическим принципам при выполнении работы поддерживает стабильность в обществе и повышает качество жизни всех человеческих существ.

Целью Универсальной Декларации является создание системы морали и множества общих этических принципов для того, чтобы психологические организации по всему миру могли: а) оценивать моральную и этическую адекватность своих этических кодексов; б) использовать их в качестве шаблона при разработке и дальнейшем развитии своих этических кодексов; в) мыслить глобальными этическими категориями и в то же время осуществлять деятельность, чувствительную к локальным потребностям и ценностям; г) выступать с согласованной позицией по вопросам этического характера.

Универсальная Декларация описывает этические принципы, которые основываются на разделяемых всеми людьми ценностях. В ней еще раз закрепляется приверженность психологического сообщества построению лучшего мира, в котором отсутствуют войны и господствуют свобода, ответственность, справедливость, человечность и мораль. За описанием каждого принципа следует список относящихся к нему цен-

ностей. Эти ценности оттеняют этические понятия, которые могут оказаться полезными при реализации каждого из принципов.

Универсальная Декларация формулирует принципы и связанные с ними ценности, которые являются общими и рекомендательными, а не частными и предписывающими. Приложение принципов и ценностей к разработке частных стандартов поведения будет различным в разных культурах и должно осуществляться локально или регионально с тем, чтобы гарантировать их соответствие локальным и региональным культуре, традициям, верованиям и законам.

Значимость Универсальной Декларации зависит от её признания и продвижения психологическими организациями на национальном, региональном и международном уровнях. Каждой психологической организации следует учитывать положения данной Декларации и путем преподавания, обучения или в других формах способствовать уважению и соблюдению её членами принципов и связанных с ними ценностей Декларации.

Принцип I. Уважение достоинства личности и людей.

Уважение достоинства личности является наиболее фундаментальным и универсальным этическим принципом, который преодолевает географические, культурные и профессиональные границы. Он составляет философскую основу многих других этических принципов, выдвигаемых профессиональными сообществами. Уважение достоинства требует признания неотъемлемой ценности всех человеческих существ независимо от воспринимаемых или действительных различий в социальном статусе, этническом происхождении, поле, способностях и прочих подобных характеристиках. Неотъемлемая ценность означает, что все человеческие существа обладают одинаковой моральной значимостью. Все человеческие существа, являясь индивидуальностями, также являются взаимосвязанными социальными существами, которые рождаются и живут как часть истории и продолжающейся эволюции других людей. Культура, этнос, религия, социальные структуры и прочие подобные характеристики людей являются интегральной частью их идентичности, придавая смысл их жизни. Межвременная связанность людей и культур соединяет сегодняшних людей с людьми прошедших поколений и необходимостью взращивания будущих поколений. Таким образом, уважение достоинства личностей подразумевает уважение достоинства людей. Уваже-

ние достоинства личностей и людей по-разному выражается в разных сообществах и культурах. Важно признавать и уважать эти различия. С другой стороны, важно добиться того, чтобы все сообщества и культуры придерживались моральных ценностей, которые уважали бы и защищали их членов и как индивидуальных личностей, и как коллективных людей.

Следовательно, психологи признают в качестве фундаментального принцип Уважения Достоинства Личностей и Людей. Поступая так, они признают следующие связанные ценности:

а) уважение уникальной ценности и неотъемлемого достоинства всех человеческих существ;

б) уважение разнообразия личностей и людей;

в) уважение культурных традиций и верований, если только они не нарушают серьезным образом принципа уважения достоинства личности и людей и не наносят существенного вреда их благополучию;

г) свободное и информированное согласие в форме, предопределенной культурой и уместной для отдельных людей, семей, групп и сообществ;

д) право на частную жизнь для отдельных людей, семей, групп и сообществ;

е) защита конфиденциальности личной информации в форме, предопределенной культурой и уместной для отдельных людей, семей, групп и сообществ;

ж) равноправие и справедливость в обхождении с личностями и людьми.

Принцип II. Компетентная забота о благополучии личностей и людей.

Компетентная забота о благополучии личностей и людей включает в себя работу, направленную на получение ими выгоды, прежде всего непричинение вреда. Компетентная забота требует такого приложения знаний и умений, которое было бы адекватно ситуации, а также социальному и культурному контекстам. Она также требует установления таких межличностных отношений, которые бы увеличивали потенциальную выгоду и уменьшали потенциальный вред для личностей и людей. Также требуется адекватная рефлексия психологом того, насколько собственные ценности, ожидания, культура и социальный контекст могут влиять на собственные действия и интерпретации.

Следовательно, психологи признают в качестве фундаментального Принцип Компетентной Заботы о Благополучии Личностей и Людей. Поступая так, они признают следующие связанные ценности:

а) активный интерес к благополучию отдельных людей, семей, групп и сообществ;

б) забота о ненанесении вреда отдельным людям, семьям, группам и сообществам;

в) максимизация выгоды и минимизация потенциального вреда для отдельных людей, семей, групп и сообществ;

г) коррекция или компенсирование вреда, который возник в результате их действий;

д) развитие и поддержание компетентности;

е) рефлексия того, как их собственные ценности, установки, опыт и социальный контекст влияют на их действия, интерпретации, выборы и рекомендации;

ж) уважение способности отдельных индивидов, семей, групп и сообществ принимать самостоятельные решения и заботиться о себе и друг друге.

Принцип III. Честность.

Честность жизненно необходима для прогресса научного знания и поддержания доверия общества к психологии как дисциплине. Честность основывается на правдивости и доверительном, открытом и не искажающем факты общении. Она включает распознавание, мониторинг и управление потенциальными предубеждениями, множественными отношениями и прочими конфликтами интересов, которые могут привести к нанесению вреда личностям и людям и их недобросовестному использованию.

Полная открытость должна уравновешиваться другими этическими соображениями, включающими необходимость обеспечения безопасности и конфиденциальности личностей и людей, а также необходимость соблюдения культурных норм.

Существуют межкультурные различия, касающиеся адекватного разграничения между профессиями, множественных отношений и конфликта интересов. Тем не менее независимо от этих различий необходимо использование специальных процедур мониторинга и управления для того, чтобы гарантировать, что эгоистические интересы не будут препятствовать действию в интересах личностей и людей.

Следовательно, психологи признают в качестве фундаментального Принцип Честности. Поступая так, они принимают следующие связанные ценности:

а) правдивость и доверительное, открытое и не искажающее факты общение;

б) избегание неполного раскрытия информации, если только полное раскрытие информации не является культурно неприемлемым или не нарушает требования сохранения конфиденциальности или не несет потенциального серьезного вреда для отдельных людей, семей, групп и сообществ;

в) максимизация беспристрастности и минимизация предубеждений;

г) неиспользование личностей и людей с целью получения личных, профессиональных или финансовых выгод;

д) избегание конфликта интересов и объявление о таких конфликтах в случаях, когда их невозможно или нецелесообразно избегать.

Принцип IV. Профессиональная и научная ответственность перед обществом.

Психология как дисциплина действует в контексте человеческого общества. Как наука и как профессия психология имеет обязательства перед обществом. Эти обязательства включают в себя способствование расширению знаний о человеческом поведении и пониманию людьми самих себя и других людей, а также использование этих знаний для улучшения состояния отдельных людей, семей, групп и сообществ. К обязательствам психологии перед обществом также относится обязательство решения психологами своих задач в соответствии с высочайшими этическими стандартами, а также обязательство содействия развитию социальных структур и правил, которые приносили бы пользу всем личностям и людям.

В различных культурах эти обязательства интерпретируются психологами по-разному. Тем не менее их следует учитывать при условии сохранения культурной адекватности и совместимости с этическими принципами и связанными ценностями данной Декларации.

Следовательно, психологи признают в качестве фундаментального Принцип Профессиональной и Научной Ответственности. Поступая так, они принимают следующие связанные ценности:

а) обязательство психологии как дисциплины приращивать научное и профессиональное знание таким образом, чтобы способствовать повышению уровня благополучия общества и всех его членов;

б) обязательство психологии как дисциплины использовать психологическое знание с благими целями и предотвращать некорректное или некомпетентное использование этого знания, а также предотвращать его обесценивание;

в) обязательство психологии как дисциплины действовать этично и содействовать благополучию общества и всех его членов;

г) обязательство психологии как дисциплины ориентировать психологов на высочайшие этические идеалы при выполнении ими научной, профессиональной и образовательной деятельности;

д) обязательство психологии как дисциплины просвещать психологов относительно их этических обязательств и развивать в них соответствующие компетенции;

е) обязательство психологии как дисциплины развивать этическую осознанность и сензитивность и в максимальной степени исправлять собственные ошибки.

7.3. Клятва Гиппократа

Клянусь Аполлоном-врачом, Асклепием, Гигиеей и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своим достатком и в случае надобности помогать в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательствами и клятвою по закону медицинскому, но никакому другому. Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой жен-

щине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и своё искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменною болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами. Что бы при лечении – а также без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратно этому.

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Попытка наиболее полного определения клинической психологии

Клиническая (медицинская) психология – это:

– научно-прикладная область психологии;

– на объектном поле которой находятся: психические, психосоматические, соматопсихические расстройства, открытые и латентные кризисные состояния, дезадаптивное поведение, состояние здоровья «группы риска» (вредные привычки, профессиональные стрессы, физические дефекты и т.п.), состояние здоровья практически здоровых людей («слабые места»: конституционально-психологический тип, наличие акцентуации и ее тип, ресурсы развития здоровья);

– а предметом являются «психологические аспекты» указанных объектов: индивидуально-психологические особенности личности (динамические и содержательные, включая и систему ценностей), психологические механизмы расстройств и дефектов, внутриличностные потенциалы и ресурсы, внутренняя картина болезни (ВКБ), внутренняя картина актуального состояния (ВКАС) и внутренняя картина здоровья (ВКЗ);

– ориентированная на решение задач: психопрофилактики, психологической помощи (консультирование, коррекция, терапия, реабилитация), психодиагностики и экспертизы, а также научного исследования;

– с использованием собственных – психологических – методов их решения;

– опирающаяся на теоретико-методологические положения психологической науки и идущая от нормы, а также сотрудничествующая с другими науками и практиками в рамках обобщенных и конкретных моделей здоровья и болезни, отвечающих актуальному уровню развития науки и «духу времени» (биопсихосоциальной и биопсихосоционоэтической).

Общая схема организации клинической психологии

Клиническая психология

1. Структура

Общая клиническая психология	*Частная клиническая психология*	*Специальная клиническая психология*
Общие теоретико-методологические основания: – проблема нормы и патологии; – парадигмы, объяснительные модели; – задачи и методы их решения; – структура клинической психологии; – история развития клинической психологии	Патопсихология. Клиническая нейропсихология. Психосоматические отношения: психосоматология и соматопсихология (психогигиена). Психология здоровья	Отдельные расстройства. Кризисные состояния. Дефектология (специальная психология)

2. Объектное поле

Психические расстройства	Расстройства психосоматические и соматопсихические	Кризисы нормативные и		Мягкие дезадаптивные состояния и поведение
		кризисные состояния открытые (н., ПТСТЭР)	кризисные состояния латентные	

3. Предмет

«Психологические аспекты/факторы»

О + ВКБ	О + ВКАС	О + ВКЗ

4. Задачи

Исследование	Психодиагностика	Экспертиза	Психологическая помощь

5. Методы

исследования	***психодиагностики***	***психологической помощи***
Эксперимент	Тесты	Консультирование Коррекция Терапия Реабилитация

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Тема 1. Объектное поле и предмет клинической психологии

1. Какое значение имеет в определении клинической психологии прилагательное «клинический»?
2. С каких позиций (критериев) определяют клиническую психологию в специальной литературе?
3. Почему клиническая психология является областью психологии?
4. Почему следует говорить об объектном поле клинической психологии?
5. В чем состоят особенности соотношения объекта (объектов) и предмета в клинической психологии?
6. В чем особенности отношений между клинической психологией и медициной (психиатрией)?

Тема 2. Краткая история клинической психологии

1. Каковы предпосылки и условия возникновения и развития клинической психологии?
2. По линии каких традиций развивалась мировая клиническая психология (краткая характеристика)?
3. Каков вклад в развитие клинической психологии институциональной традиции?
4. Кто внес существенный вклад в развитие институциональной традиции?
5. Лайтнер Уитмер и его роль в развитии клинической психологии.
6. Каков вклад немецких ученых в развитие институциональной традиции?
7. Каков вклад в развитие клинической психологии психометрической традиции?
8. Кто из ученых внес существенный вклад в развитие психометрической традиции?

9. Каков вклад в развитие клинической психологии психодинамической традиции?

10. Зигмунд Фрейд и его вклад в развитие психодинамической традиции.

11. Кто, помимо Фрейда, внес вклад в развитие психодинамической традиции?

12. Какой вклад в развитие клинической психологии внесла психоинтервенционная традиция?

13. Какой вклад внесли французские ученые в развитие психоинтервенционной традиции?

14. Роль гуманистической психологии, психотерапии и родственных направлений в развитии психоинтервенционной традиции.

15. Каков вклад в развитие клинической психологии отечественных ученых?

16. Роль Московской психологической школы в развитии клинической психологии.

17. Роль Ленинградской/Санкт-Петербургской психологической школы в развитии клинической психологии.

18. Роль школы М.С. Роговина в развитии клинической психологии в Сибири и на Дальнем Востоке.

Тема 3. Задачи клинической психологии

1. Каковы задачи и методы их решения клинической психологии (краткая характеристика)?
2. Научные исследования в клинической психологии и их значение.
3. Психодиагностика в клинической психологии.
4. Экспертиза как задача клинической психологии.
5. Психоинтервенция и ее виды в клинической психологии (краткая характеристика).
6. Психологическое консультирование в клинической психологии.
7. Психопрофилактика в клинической психологии.
8. Психокоррекция в клинической психологии.
9. Психотерапия в клинической психологии.
10. Психореабилитация в клинической психологии.

Тема 4. Вопросы методологии в клинической психологии

1. Норма и ее виды в клинической психологии.
2. Понятие здоровья и болезни (патологии, расстройства) в клинической психологии.
3. Суть парадигм (моделей, программ) и их уровни в клинической психологии.
4. Обобщенные парадигмы: их виды и историческая динамика.
5. В чем суть биопсихосоционоэтической модели?
6. Духовность в теории и практике психологической помощи.
7. Конкретные клинико-психологические модели (краткая характеристика).
8. В чем суть психодинамической модели?
9. В чем суть гуманистической модели?
10. В чем суть поведенческой и когнитивной (когнитивно-поведенческой) модели?
11. В чем суть интерперсональной и семейно-системной моделей?

Тема 5. Структура клинической психологии

1. Как можно структурировать современную клиническую психологию?
2. Общая клиническая психология (введение в клиническую психологию) и ее задачи.
3. Частная клиническая психология: ее разделы и задачи.
4. Специальная психология: ее разделы и задачи.
5. Клиническая психология нормы, или психология здоровья: особенности объекта, предмета и задач.
6. Психосоматические соотношения и задачи клинической психологии.

Тема 6. Супервизия в деятельности клинического психолога

1. Понятие психологической супервизии.
2. Место супервизии в клинической психологии.
3. Виды супервизии.
4. Супервизия как процесс (пошаговая модель супервизии).

Тема 7. Правовые и этические вопросы деятельности клинических психологов

1. Правовые вопросы в контексте деятельности клинического психолога.
2. Почему необходим закон о деятельности (в том числе психотерапевтической) клинического психолога? Содержание его проектов.
3. Нужны ли клиническому психологу этические кодексы?
4. В чем суть Универсальной Декларации этических принципов психологов?
5. Нужно ли клиническому психологу принимать Клятву Гиппократа?

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. М., 1998.

Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1989.

Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб., 1999. 518 с.

Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение. СПб., 2003.

Вассерман Л.И., Бочаров В.В., Вассерман Е.Л. и др. Компьютерный психодиагностический инструментарий в практической работе медицинского психолога. СПб., 2002.

Выготский Л.С. Moral insanity // Выготский Л.С. Собр. соч. М., 1983. Т. 5. С. 150–152.

Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства // Там же. С. 257–321.

Гроф С. За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии. М.: Соцветие, 1992.

Залевский Г.В. К истории, состоянию и проблемам современной клинической психологии // Сибирский психологический журнал. 1999. № 10. С. 53–56.

Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем (в культуре, образовании, науке, в норме и патологии). Москва; Томск, 2004.

Залевский Г.В. Психология здоровья – проблемы образования и культуры: Матер. Всерос. конф. (Томск, 5–7 октября 2005 г.) // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 153–157.

Залевский Г.В. Основы современной бихевиорально-когнитивной психотерапии. Томск: Том. гос. ун-т, 2002, 2006.

Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию: Электронный ресурс. Томск: ИДО ТГУ, 2006.

Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. М.: ИП РАН, 2007.

Залевский Г.В. Фанатизм как основание и характеристика деструкции системы ценностей и духовного нездоровья личности и социальных сообществ // Ценностные основания психологической науки и психология ценностей / Под ред. В.В. Знакова, Г.В. Залевского. М.: ИП РАН, 2008. С. 314–340.

Залевский Г.В. Объяснение и понимание как методы психологии // Теория и методология психологии. М.: ИП РАН, 2007. С. 195–222.

Залевский Г.В. От «демонической» до «биопсихосоционоэтической» модели психического расстройства // Сибирский психологический журнал. 2009. № 31.

Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В. Некоторые проблемы психологии здоровья // Сибирский психологический журнал. 2010. № 35. С. 6–10.

Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1986, 1999.

Кабанов М.М. Некоторые методологические и методические вопросы реабилитации больных // Труды Ленинград. научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. 1974. С. 26–40.

Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов С.В. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.

Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб., 2002.

Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауман. 2-е изд. СПб.; М., 2002.

Коробейников И.А. Нарушение развития и социальная адаптация. М., 2002.

Кузьмина Ю.В. Программа психологического сопровождения беременных женщин в контексте биопсихосоционоэтической модели беременности // Сибирский психологический журнал. 2008. № 27. С. 113–115.

Кречмер Э. Медицинская психология. СПб.: Союз, 1998.

Кудрявцев И.А. Комплексная судебно-психолого-психиатрическая экспертиза. М., 1996.

Лидерс А.Г. Особенности позиции практического психолога по отношению к клиенту // Журнал практического психолога. 1996. № 3. С. 15–29.

Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у детей и подростков. Л., 1983.

Ломов Б.Ф., Тарабрина Н.В. Медицина и психологическая наука // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. Н.В. Тарабрина. СПб., 2000.

Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и патогенные заболевания. М., 1944.

Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.

Минделл Э. Психотерапия как духовная практика. СПб., 1997.

Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л., 1960.

Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П. Школа В.М. Бехтерева: От психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме. СПб., 2007.

Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.

Поляков Ю.Ф. Новая специальность – клиническая психология // Сибирский психологический журнал. 1999. № 10. С. 51–53.

Поляков Ю.Ф. О методологических проблемах взаимосвязи психиатрии и психологии (к итогам дискуссии) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1977. Т. 77, вып. 12. С. 1822–1832.

Прево Клод-М. Клиническая психология. М., 2005.

Психоневрология в современном мире. Юбилейная научная сессия: Материалы (14–18 мая 2007 г.). СПб., 2007.

Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998.

Роговин М.С. Международный семинар по вопросу взаимоотношения психологии и психиатрии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1962. Т. 62, вып. 8. С. 1266–1270.

Роговин М.С. Введение в психологию. М., 1969.

Роговин М.С. Научные критерии психической патологии. Ярославль: ЯрГУ, 1981.

Роговин М.С. Основные положения общепсихологической структурно-уровневой теории // Познавательные процессы и личность в норме и патологии. Ярославль, 1995. С. 10–12.

Роговин М.С., Залевский Г.В. Теоретические основания психологического и психопатологического исследования. Томск: Том. гос. ун-т, 1988.

Роджерс К. Искусство консультирования и терапии. М., 2002.

Селье Г. Стресс без дистресса. СПб., 1994.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.

Урванцев Л.П. Психология в соматической клинике. ЯГУ, 1998.

Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.

Франкл В. Сказать жизни «Да». М.: Смысл, 2008.

Фрейд З. Рождение психоанализа. Париж: ПУФ, 1956.

Фромм Э. Бегство от свободы. М., 1998.

Хомская Е.Д. Нейропсихология. М., 1977.

Шульц Д.П., Шульц С.Э. История современной психологии. СПб., 1998.

Эволюция психотерапии: В 4 т. М.: Класс, 1998.

Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М., 1995.

Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. Л.: ЛГУ, 1968.

Ганнушкин П.Б. Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание. М., 1964. С. 27–51.

Гостев А.А. О проблемах становления религиозно-ориентированного психологического знания // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 35–45.

Залевский Г.В. Проблемы диагностической психологии в трудах Л.С. Выготского // Психологические исследования процесса диагностики. Ярославль, 1981. С. 60–71.

Залевский Г.В. Объяснение и понимание как методы наук о психике // Вестник Том. гос. ун-та. 2005. № 286. С. 3–14.

Иванченкова Г.В. «Христианская благодатная психология»: как бы с религией и как бы с психологией // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 53–57.

Кабрин В.И. Коммуникативный мир и транскоммуникативный потенциал жизни личности: теория, методы, исследования. М.: Смысл, 2005.

Кондратьев В.М. Психология и религия: параллельные проблемно-предметные плоскости // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 65–73.

Кун Т. Структура научных революций. М.: Прогресс, 1975.

Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1966.

Леонтьев Д.А. Кесарю – кесарево // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 58–63.

Леонтьев Д.А. Упрямство духа // Франкл В. Сказать жизни «Да». М.: Смысл, 2008. С. 5–10.

Ленгле А. Психотерапия: научный метод или духовная практика? // Ленгле А. Person: Экзистенциально-аналитическая теория личности. М.: Генезис, 2006.

Лоргус А.В. Психология – с религией или без нее? // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 58–64.

Лоренц К. Агрессия (так называемое «зло»). М.: Прогресс, 1994.

Морозов С.М. Предмет исследования и единицы анализа в психологической системе Л.С. Выготского: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2002.

Пономаренко В.А. С верой в науки о человеке // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 64–74.

Психология. Журнал высшей школы экономики. Специальная тема выпуска: Психология – с религией или без нее? 2007. Т. 4, № 2. С. 56–97.

Психология. Журнал высшей школы экономики. Специальная тема выпуска: Психология и религия – дискуссия продолжается. 2007. Т. 4, № 4. С. 3–123.

Розин В.М. Психология и христианство: автономия, объединение или коммуникация? // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 74–89.

Розин В.М. Еще раз о возможности православной, святоотеческой психологии // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 113–120.

Селье Г. На уровне целого организма. М.: Наука, 1972.

Слободчиков В.И. Христианская психология в системе психологического знания // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 90–97.

Чико Т. де Найти Я в психологии, духовности и религии // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 46–52.

Ушакова Т.Н. От редколлегии. Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 5.

Юнг К.Г. Синхронистичность. Москва; Киев, 1997.

Ясперс К. Смысл и назначение истории. М., 1991.

ВОПРОСНИК ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ И УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ (R. STRAUB, 2002 г.), АДАПТИРОВАННЫЙ Г.В. ЗАЛЕВСКИМ (2009 г.)

Степень своего согласия с представленными ситуациями, пожалуйста, выразите, отметив знаком плюс в соответствующей графе. Но перед этим укажите, пожалуйста,

ФИО ______________________________

Возраст __________ **Пол** __________ **Факультет** __________ **Группу** ________

№ п/п	Физическое здоровье	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	Я забочусь о своем здоровье				
2	Я стараюсь держать свое тело здоровым и в форме				
3	Я интересуюсь проблемами здоровья людей с подобной мне семейной историей				
4*	Я страдаю хроническими и астеническими расстройствами				
5	Я чувствую, что у меня хорошее здоровье				
6*	У меня бывают аллергические реакции				
7*	Я теряю учебное (рабочее) время из-за болезни				
8	Я сплю 7-8 часов и встаю отдохнувшим и посвежевшим				
Индекс физического здоровья (8–32 балла)					

Примечание. Баллы за пункты, помеченные звездочкой, определяются инверсивно (1→4; 2→3; 3→2; 4→1).

№ п/п	Зарядка и физический фитнес	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	Я занимаюсь довольно активно физическими упражнениями, например ходьбой, не меньше 30 мин ежедневно				
2	Я занимаюсь бегом, плаванием, скоростной ходьбой или аэробикой от 20 до 30 мин в день не менее трех раз в неделю				
3	Я веду активный образ жизни				
4	По физическим показателям я выше людей моего возраста				
5	Я трачу довольно много времени на спорт: езде на велосипеде, путешествию, плаванию, садоводству или игровым видам спорта				
6	Я в хорошей физической форме				
7	Я занимаюсь силовыми видами спорта несколько раз в неделю				
8	У меня достаточно энергии, позволяющей мне чувствовать себя бодро весь день				
Индекс зарядки и физического фитнеса (8–32 балла)					

№ п/п	Алкоголь, курение или иное злоупотребление химическими веществами	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	Я избегаю курения сигарет				
2	Я вообще избегаю всего, связанного с табаком, включая курение трубки, сигарет				
3*	Я трезвенник, но если требуют обстоятельства, то пью не более 1-2 глотков в день				
4	Я избегаю пить в ситуациях, в которых пить небезопасно				
5	Я избегаю кутежей				
6*	Я пью запрещенные (особо вредные) алкогольные напитки				
7	Я избегаю общения с людьми, которые злоупотребляют алкоголем				
8	Я избегаю приема алкоголя или других напитков в связи с какими-то проблемами или для облегчения общения				
Индекс употребления алкоголя, табака или других хим. веществ (8–32 балла)					

Примечание. Баллы за пункты, помеченные звездочкой, определяются инверсивно (1→4; 2→3; 3→2; 4→1).

№ п/п	Превентивная практика здоровья	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	Я регулярно посещаю своего врача для рутинного обследования				
2	Я регулярно проверяю свое давление и уровень холестерина				
3	Я практически ежемесячно тестирую свои органы дыхания и сердце				
4	При интимных отношениях я практикую безопасный секс				
5	Я избегаю слишком долго быть на солнце/загорать				
6	Я пользуюсь специальным защитным кремом, если приходится быть на солнце более 5 мин				
7	Я всегда мою руки после туалетной комнаты				
8	Я делаю прививки в срок				
Индекс превентивных мер (8–32 балла)					

№ п/п	Дополнительные превентивные меры	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	У меня в доме есть детектор курения				
2	У меня в доме есть очиститель воздуха				
3	Вся «химия» дома у меня надежно хранится				
4	Я пристёгиваюсь в автомобиле ремнями безопасности				
5	Я забочусь о том, чтобы дети в автомобиле были пристегнуты ремнями безопасности				
6	Я соблюдаю правила уличного движения				

7	Я надеваю шлем или другие защитные средства при езде на велосипеде или роллерах				
8	Я следую инструкциям по использованию дома чистящих средств, пестицидов, растворителей и электричества				
Индекс дополнительных превенций (8–32 балла)					

№ п/п	Питание и контроль веса	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	Я ограничиваю употребление жира, включая насыщенный жир				
2	Я ограничиваю употребление пищи с высоким содержанием холестерола (яйца, печень и мясо)				
3	Я следую сбалансированной диете				
4	Я съедаю ежедневно пять или больше порций фруктов и овощей				
5	Я ограничиваю употребление соли и(или) сахара				
6	Я предпочитаю пищу парную или тушеную				
7	Я ем несколько раз в день высоковолокнистую пищу				
8	Я стараюсь удержать мой вес в пределах уровня здоровья				
Индекс питания и контроля веса (8–32 балла)					

№ п/п	Психологическое здоровье	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	Я способен концентрироваться на выполнении задания в школе или на работе				
2	Цели моей жизни мне ясны				
3	В общем я себе нравлюсь				
4	Я способен снимать мышечное и эмоциональное напряжение				
5	Я полон надежд относительно будущего				
6	Я получаю удовольствие от преодоления препятствий				
7	Я способен выражать свои чувства				
8	Я способен справляться со стрессами				
Индекс психологического здоровья (8–32 балла)					

№ п/п	Духовное здоровье	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	Я нахожу смысл в жизни				
2	Я вижу смысл в присоединении к чему-то большему, чем я сам (религия, природа или социальные процессы/дела)				
3	Я убежден, что любая жизнь имеет свое предназначение/цель				
4	Я получаю удовольствие от занятия рисованием,				

	скульптурой, танцами или чтения книг				
5	Я считаю, что я занимаю достойное место в сообществе				
6	Помогая людям, я не жду от них благодарности				
7	Я предпочитаю заниматься значимыми и важными делами				
8	Я чувствую потребность заниматься самыми разными вещами в этой жизни				
Индекс духовного здоровья (8–32 балла)					

№ п/п	**Социальное здоровье**	**Редко (1 балл)**	**Иногда (2 балла)**	**Обычно (3 балла)**	**Всегда (4 балла)**
1	У меня есть близкие друзья				
2	Я способен создавать доверительные отношения с другими людьми				
3	Я могу выражать как чувства симпатии и любви к другим людям, так и чувства разочарования и гнева				
4	Если я не могу решить проблему самостоятельно, то обращаюсь за помощью к другим людям				
5	У меня хорошие отношения с членами моей семьи				
6	Я из тех людей, которые готовы оказать поддержку другим				
7	Я способен брать ответственность на себя и не позволяю другим принимать решения за меня				
8	Я вполне уважаю чувства других людей				
Индекс социального здоровья (8–32 балла)					

№ п/п	**Экологическое здоровье**	**Редко (1 балл)**	**Иногда (2 балла)**	**Обычно (3 балла)**	**Всегда (4 балла)**
1	Я стараюсь быть в курсе экологической информации (например, о состоянии и роли озоновых дыр, уничтожении и болезни лесов, кислотных дождях и т.п.)				
2	Я пользуюсь контейнерами для бумаги, бутылок и металлических отходов (не бросаю мусор куда попало и где попало)				
3	Я использую качественную питьевую воду				
4	Я принимаю участие или сотрудничаю с участниками экологических акций				
5	Я правильно распоряжаюсь отходами				
6	Используя пестицидные распылители в доме или в саду, я следую инструкциям				
7	Я мою фрукты и овощи перед употреблением				
8	Я стараюсь экономии воду и электричество				
Индекс экологического здоровья (8–32 балла)					

ОГЛАВЛЕНИЕ

Научное издание

Залевский Генрих Владиславович

ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ

Учебное пособие

Редактор К.Г. Шилько
Корректор К.В. Полькина
Оригинал-макет А.Н. Гранкиной
Дизайн обложки А.В. Бабенко

Подписано к печати 22.12.2010 г. Формат 64x80 $^{1}/_{16}$.
Ризография. Бумага писчая. Гарнитура Times.
Усл. печ. л. 13,02. Тираж 250 экз. Заказ № 67.

ООО «Издательство «ТМЛ-Пресс»
634050, г. Томск, ул. Гагарина, 31. Оф. 49.

ООО «Интегральный переплет»
634040, г. Томск, ул. Высоцкого, 28, корп. 1.



ЗАЛЕВСКИЙ
Генрих
Владиславович

Заслуженный деятель науни РФ, почетный работник высшего профессионального образования РФ, профессор, доктор психологических наук, заведующий кафедрой генетической и клинической психологии факультета психологии Томского государственного университета. Супервизор Российской психотерапевтической ассоциации. Автор около 400 публикаций, в том числе по проблемам психологического консультирования, психотерапии и супервизии.